



**La salud
es de todos**

Minsalud

Lineamiento para el desarrollo de una estrategia de uso racional de antibióticos en infección de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, dirigidos a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención

**Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud**



La salud
es de todos

Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alexander Moscoso Osorio

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

María Andrea Godoy Casadiego

Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General

Leonardo Arregoces Castillo

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Adriana María Robayo García

Directora.



Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Lista de tablas..... | 5 |
| Lista de abreviaturas y siglas..... | 6 |
| 1. Objetivo y alcance | 7 |
| 2. Introducción..... | 8 |
| Justificación..... | 10 |
| 3. Metodología..... | 11 |
| 4. Lineamientos y algoritmos | 17 |
| 4.1 Pregunta 1..... | 17 |
| 4.1.1 Lineamientos para el diagnóstico adecuado y oportuno de infección de vías urinarias bajas no complicada..... | 21 |
| 4.1.2 Disponibilidad de las tecnologías para el diagnóstico de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia | 22 |
| 4.1.2 Algoritmo para el diagnóstico de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia | 22 |
| 4.2 Pregunta 2..... | 25 |
| 4.2.1 Lineamientos para tratamiento farmacológico de infección de vías urinarias bajas no complicada | 29 |
| 4.2.2 Disponibilidad de las tecnologías para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia | 29 |
| 4.2.2 Algoritmo para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia | 29 |
| 4.3 Pregunta 3..... | 31 |
| 4.3.1 Lineamientos para recomendaciones de prevención, control y autocuidado | 31 |
| 5. Referencias | 33 |
| 6. Anexos | 40 |
| 6.1 Anexo 1. Términos y algoritmos de búsqueda | 40 |
| 6.2 Anexo 2. Bitácoras de búsqueda..... | 41 |
| 6.3 Anexo 3. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia . | 44 |
| 6.4 Anexo 4. Evaluación de calidad de los estudios incluidos | 45 |
| Evaluación de GPC mediante la herramienta AGREE II | 45 |
| Evaluación de revisiones sistemáticas mediante la herramienta AMSTAR | 60 |
| Evaluación de estudios observacionales mediante la herramienta Newcastle – Ottawa | 73 |



| | |
|--|----|
| 6.5 Anexo 5. Características de los documentos incluidos y excluidos (tamización)..... | 74 |
| 6.6 Anexo 6. Disponibilidad de tecnologías en salud en Colombia | 81 |
| 6.6.1 Disponibilidad en Colombia de tecnologías en salud para el diagnóstico de IVU bajas no complicada | 81 |
| 6.6.2 Disponibilidad en Colombia de tecnologías en salud para el tratamiento de IVU bajas no complicada | 81 |
| 6.7 Anexo 7. Informe del proceso de participación | 81 |
| 6.8 Anexo 8. Resultado de la votación de los lineamientos | 87 |
| Resultados agrupados | 88 |
| Pregunta 1 | 88 |
| Pregunta 2 | 88 |
| Pregunta 3 | 89 |



Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Diagnósticos diferenciales en la evaluación de IVU----- | 18 |
| Tabla 2. Pautas de tratamiento antibiótico para IVU bajas no complicada----- | 27 |
| Tabla 3. Lista de invitados y asistentes al panel de expertos ----- | 83 |
| Tabla 4. Resultados de votación individual ----- | 87 |



Lista de abreviaturas y siglas

| | |
|------------------|--|
| BLEE | Betalactamasa de Espectro Extendido |
| DeCS | Descriptores en Ciencias de la Salud |
| GPC | Guías de Práctica Clínica |
| GREBO | Grupo para el Control de la Resistencia Bacteriana en Bogotá |
| IAAS | Infecciones Asociadas a la Atención en Salud |
| IETS | Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud |
| INS | Instituto Nacional de Salud |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos |
| IPS | Institución Prestadora de Salud |
| ISTU - AC | Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter |
| ITS - AC | Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter |
| IVU | Infección de Vías Urinarias |
| MESH | Medical Subject Heading |
| MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| OMS | Organización Mundial de Salud |
| PBS | Plan de Beneficios en Salud |
| PROA | Programas de Optimización de Antimicrobianos |
| RIPS | Registro Individual de Prestación de Servicios |
| UCI | Unidad de Cuidados Intensivos |
| UPC | Unidad de Pago por Capitación |



1. Objetivo y alcance

Objetivo

Desarrollar lineamientos orientados al diagnóstico y tratamiento del primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, para la adecuada prescripción de antibióticos, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

Alcance

Un lineamiento se define como una herramienta para consolidar y difundir las acciones (indicaciones) a implementar frente a una situación de salud específica, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, orientaciones de manejo y puntos de buena práctica disponibles en Guías de Práctica Clínica (GPC), protocolos, vías/rutas clínicas, revisiones sistemáticas y demás documentos técnicos relacionados.

Población objeto: mujeres adultas (desde los 18 años hasta la premenopausia), inmunocompetentes, con un primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada, que consulten al primer nivel de atención en salud.

Ámbito asistencial: la aplicación de los lineamientos se delimitará a los servicios de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

Usuarios: este lineamiento presentará indicaciones dirigidas a los profesionales médicos.

Este lineamiento no tratará los siguientes aspectos:

- El manejo de las complicaciones o eventos adversos derivados del tratamiento farmacológico
- Infecciones de vías urinarias altas
- Infecciones de vías urinarias complicadas (ver definición lineamiento 1)
- Mujeres postmenopáusicas
- Mujeres embarazadas
- Infección de vías urinarias recurrentes
- Profilaxis antimicrobiana o prevención de la IVU bajas no complicadas
- Directrices para la vigilancia epidemiológica de la infección de vías urinarias bajas no complicadas o de la resistencia bacteriana asociada
- Aspectos de cobertura y financiación de tecnologías o servicios en salud



2. Introducción

La Infección de Vías Urinarias (IVU) bajas no complicada es definida como la aparición de síntomas urinarios agudos (primera infección) como disuria, urgencia urinaria, polaquiuria, dolor suprapúbico o hematuria, en mujeres adultas sanas en ausencia de leucorrea, irritación vaginal, dolor lumbar, anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario, embarazo, fiebre y compromiso sistémico(1). Para la mayoría de los pacientes con sospecha de IVU bajas, particularmente aquellas con síntomas clásicos, no se requieren pruebas adicionales para hacer el diagnóstico. Sin embargo, en aquellos casos con características clínicas sugestivas, pero no claramente indicativas de infección (como síntomas urinarios atípicos), la presencia del patógeno en el análisis de orina es la prueba de oro para el diagnóstico (2).

Entre las personas sanas, los factores de riesgo para la IVU baja no complicada incluyen: el aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales, el uso de espermicidas y antecedente de infecciones urinarias (3,4). Aproximadamente el 25% de las mujeres que presentan un primer episodio de cistitis bacteriana sufren IVU recurrente dentro de los 6 meses, algunas tienen 6 o más infecciones en el año posterior al episodio inicial y si no se instaura un manejo antibiótico adecuado, puede progresar rápidamente a sepsis severa y muerte (5).

Después de las infecciones respiratorias, la IVU baja no complicada es la infección más frecuente en el ámbito hospitalario y comunitario lo que motiva cerca de siete millones de consultas médicas ambulatorias y 100.000 hospitalizaciones anuales en el mundo (6,7). Se estima que el 40% de las mujeres y el 12% de los hombres presentarán, por lo menos, un episodio de IVU en su vida adulta, con un costo global sólo para Estados Unidos, de 3,5 billones de dólares anuales (6). En Colombia para 2018 se registraron 47.912 consultas médicas a los servicios de salud, según la base de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) (8), y el exceso de costos directos derivados de la hospitalización de los casos con IVU por bacterias resistentes a las cefalosporinas y a los carbapenémicos, ascendió hasta los USD\$ 193 y USD\$ 633 respectivamente (9).

La *Escherichia coli* es el microorganismo más frecuentemente aislado en la IVU bajas no complicada (75% a 95% de los casos), con infecciones ocasionales causadas por otras especies de *Enterobacteriaceae* (como *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*) y otras bacterias, como *Staphylococcus saprophyticus* (10,11). Estas bacterias tienen diferentes mecanismos de resistencia a los antibióticos, entre éstos se encuentran las Betalactamasas de Espectro Extendido (BLEE) (4), las cuales se han identificado principalmente en *E. coli* y *K. pneumoniae*, confiriéndoles la capacidad de hidrolizar las penicilinas, las cefalosporinas y el aztreonam, además de causar resistencia cruzada para otros grupos de antibióticos como las tetraciclinas, aminoglucósidos, trimetoprim - sulfametoxazol y quinolonas (12).

El panorama de la resistencia de las bacterias Gram negativas en Colombia es complejo. Gracias a los múltiples estudios de caracterización microbiológica y molecular llevados a cabo por diferentes grupos de vigilancia epidemiológica e investigación del país, se ha logrado conocer la prevalencia, las variantes, la distribución y las implicaciones clínicas de las betalactamasas en los hospitales de diferentes ciudades del país (13).



Según el informe del Instituto Nacional de Salud (INS), resultados de la vigilancia por laboratorio de resistencia antimicrobiana en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en Colombia del 2018, se reportó el siguiente perfil de resistencia bacteriana en los servicios de hospitalización y Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) adultos:

- *K. pneumoniae*: en el servicio de hospitalización adultos se reportaron porcentajes de resistencia a cefalosporinas de tercera y cuarta generación del 36,3% al 40,3%, y a carbapenémicos alcanzó una resistencia del 14,9%. Mientras que en UCI adulto el porcentaje de resistencia a cefalosporinas de tercera generación se encuentra entre el intervalo del 25,3% al 34,7%,
- *E. coli*: la resistencia a cefalosporinas de tercera y cuarta generación fue alta en el servicio de hospitalización adulto con porcentajes que alcanzaron 24% y la resistencia en UCI adulto osciló entre 14,5% y 31%.
- Se observó en UCI adultos para Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC) e Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC), porcentajes altos de resistencia en *K. pneumoniae* frente a cefalosporinas de tercera generación que superan el 51% y a carbapenémicos que superan el 20%.

Los mayores porcentajes de resistencia a cefalosporinas de tercera generación en UCI adulto, que superaron el nivel nacional en *K. pneumoniae*, lo presentaron las entidades territoriales de: Barranquilla, Valle del Cauca, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Cundinamarca, Bogotá, Bolívar, Tolima y Casanare. El informe recomienda que cada institución de salud debe conocer su epidemiología local, realizando análisis de la información de resistencia bacteriana mediante el uso de la herramienta Whonet, con el fin de proporcionar datos útiles al clínico, lo cual orientará la terapia antimicrobiana enfocada al uso racional de antimicrobianos (14).

El Grupo para el Control de la Resistencia Bacteriana en Bogotá (GREBO), estimó para 2016 la prevalencia de los principales microorganismos implicados en las IVU diagnosticadas en consulta externa, de 18.490 urocultivos registrados, la *E. coli* era la responsable del 58,8% de las infecciones, seguido de la *K. pneumoniae* con el 8,8% y del *P. mirabilis* con el 8,6%. Así mismo, la resistencia para *E.coli* BLEE positiva fue del 6,5% en 2012, con un alarmante aumentó al 12,6% en 2016, y una resistencia considerable para algunos de los antibióticos de primera línea para la IVU, nitrofurantoína (2%), fosfomicina (1,4%), amoxicilina – ácido clavulánico (6,8%), cefazolina (17,2%), ciprofloxacina (32,0%), trimetoprim – sulfametoxazol (42,7%) (15,16). Actualmente, uno de los principales microorganismos BLEE positivo identificados en el mundo es la *E. coli* productora de la enzima CTX-M-15 (13), en Colombia la prevalencia alcanza el 6,7% de las infecciones de inicio en la comunidad, siendo mayor que en América Latina, Estados Unidos y Taiwán (16–18).

Este problema aunado a los altos porcentajes de resistencia reportados en estudios nacionales, quinolonas (88,8%), trimetoprim–sulfametoxazol (70,6%) y a la ciprofloxacina en Bogotá (73,5% al 82,9%), Pereira (71,0%), Valledupar (61,8%) y Barranquilla (52,9%) (19), hacen que el uso empírico de estos grupos de antibióticos deba realizarse con



precaución y que la decisión de un tratamiento antibiótico empírico apropiado sea todo un desafío para el médico general en el ámbito ambulatorio.

Justificación

La IVU baja no complicada sigue siendo una de las infecciones más comúnmente tratadas en la atención primaria. Los pacientes que la padecen se tratan empíricamente con antibióticos; estos tratamientos pueden provocar alteración a largo plazo de la microbiota normal de la vagina y del tracto gastrointestinal, causando así el desarrollo de microorganismos resistentes a múltiples fármacos (20). Debido a esto es importante que los médicos reconozcan los patrones de resistencia de los uropatógenos en la comunidad para garantizar que se elija el agente antimicrobiano más apropiado (21).

Existe una tendencia cada vez mayor de resistencia antimicrobiana en los patógenos urinarios. Anteriormente, este fenómeno se notó principalmente en pacientes con comorbilidades como diabetes o nefropatías y la resistencia fue más común en ambientes intrahospitalarios. Sin embargo, ahora la resistencia a los antimicrobianos también se observa en un número significativo de infecciones adquiridas en la comunidad. Hay varias razones para este aumento de la resistencia a los antimicrobianos; el uso excesivo y el abuso de estos medicamentos son muy comunes, especialmente en aquellas partes del mundo donde se permiten las ventas sin receta (22). Además, los antibióticos a menudo se recetan sin indicaciones, en los E.E.U.U., se encontró que hasta el 60% de las recetas de antimicrobianos en la UCI son inapropiadas o subóptimas (23).

El análisis de la industria farmacéutica ha revelado que el desarrollo de nuevos agentes antimicrobianos no está en la lista de prioridades de muchas compañías importantes. Además, en el mundo académico, el interés por desarrollar los nuevos agentes ha disminuido considerablemente. Por lo tanto, a medida que aumentan los niveles de resistencia, hay muy pocas armas nuevas para combatir la amenaza. La "era dorada" de los antibióticos está disminuyendo y, por lo tanto, el uso racional de antibióticos es una necesidad urgente y debe hacerse cumplir en todos los niveles de atención médica (24).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desarrolló en 2016 el "Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, 2015-2020" (25), y en respuesta el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia elaboró en 2019 el "Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA)", que tiene como objetivo generar recomendaciones que reduzcan la amenaza de la resistencia a antimicrobianos, en el escenario hospitalario y ambulatorio (26).

En Colombia no se han desarrollado pautas para la intervención clínica de la IVU bajas no complicada, infección priorizada en el marco del PROA, por lo que el objetivo de este documento será crear los lineamientos basados en la evidencia para el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología, orientado al uso racional de los antibióticos en el personal de salud (médicos, personal de laboratorio y enfermeros) del primer nivel de atención de salud ambulatoria del país.



3. Metodología

Preguntas orientadoras

Se diseñaron tres preguntas de investigación orientadoras de acuerdo con los puntos de interés para esta revisión de la literatura:

- Diagnóstico
- Opciones y esquemas terapéuticos
- Prevención, control y autocuidado

Dada la naturaleza de los tópicos de interés, se formularon preguntas básicas. Cada uno de los elementos que componen las preguntas fue validado por el grupo desarrollador, integrado por médicos epidemiólogos, médicos generales, médicos familiares, internistas e infectólogos.

La revisión estuvo orientada a estas preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno del primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (desde los 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
2. ¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (desde los 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
3. ¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes con el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (desde los 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Búsqueda sistemática de literatura

La búsqueda se realizó utilizando términos controlados como MESH (*Medical Subject Heading*) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), así como términos libres de acuerdo con cada base consultada. Para la construcción de los algoritmos de búsqueda se contó con el acompañamiento de los expertos temáticos para que fueran validados por ellos y así garantizar la representatividad de los términos (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Se realizó una búsqueda inicial en Medline vía PubMed y Cochrane de revisiones sistemáticas y artículos de revisión. Adicionalmente, se buscaron GPC, lineamientos o protocolo en literatura gris incluyendo *Google scholar* (restringida por idioma en las 10 primeras páginas de la búsqueda) y repositorios institucionales educativos y de salud (de carácter público y privado). Este paso se complementó con una búsqueda de publicaciones



adicionales empleando la metodología en “bola de nieve” y contactando a los expertos temáticos.

Formalmente las GPC basadas en la evidencia se buscaron en:

- Página de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para búsqueda de GPC
- *National Guideline Clearinghouse* (NGC)
<http://www.guideline.gov/index.aspx>
- *Guidelines International Network* (GIN)
<http://www.g-i-n.net/gin>
- *New Zealand Guidelines Group* (NZGG)
<http://www.health.govt.nz/>
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN)
<http://www.sign.ac.uk/index.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social - IETS
<http://www.iets.org.co/>
- GuíaSalud
- <https://portal.guiasalud.es/>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)
- <https://www.gob.mx/salud/cenetec>

Se generó un reporte de la búsqueda para garantizar la reproducibilidad y transparencia. Las bitácoras de búsqueda son expuestas en detalle en el anexo 2.

El listado con las referencias bibliográficas identificadas fue descargado en una biblioteca del programa *Mendeley* y los resultados de esta fase se resumen mediante el diagrama de flujo *PRISMA* (anexo 3).

Criterios de elegibilidad de la literatura

Se incluyeron documentos que aportaran información para responder de forma parcial o completa las preguntas orientadoras previamente descritas, en el marco del alcance establecido para el lineamiento. En este punto, se consideraron estudios secundarios como metaanálisis, revisiones sistemáticas, GPC. Sin embargo, cuando no se encontró información suficiente, especialmente relacionada con el contexto colombiano, la búsqueda incluyó estudios primarios sin restricción por tipo de diseño, protocolos, manuales, documentos técnicos y de política, entre otros, que estaban disponibles en texto completo.

Las búsquedas se realizaron limitando los artículos o documentos publicados a los últimos cinco años y restringiendo a idioma español e inglés. Se consideró esta ventana de observación debido a que los estudios secundarios como GPC y revisiones sistemáticas deben ser actualizados cada 5 años. Adicionalmente, la evidencia relacionada con la etiología y tratamiento para microorganismos resistentes es actualizada frecuentemente en la literatura, hay un aumento de publicaciones relacionadas con nuevas estrategias en el manejo de IVU no complicada en el último quinquenio (27), de acuerdo con el “Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, 2015-2020” de la OMS (25). No se consideró relevante ningún otro criterio de exclusión.



Tamización de referencias y selección de documentos

Para cada búsqueda se generó una bitácora o reporte, garantizando su reproducibilidad y transparencia. Los resultados de las búsquedas electrónicas fueron descargados al programa Mendeley®. Las referencias duplicadas y que no cumplieron los criterios de selección fueron removidas.

Las referencias fueron tamizadas por dos revisores (MC/CP) de forma independiente, revisando los títulos y resúmenes en Mendeley®. En caso de duda sobre el cumplimiento de los criterios se revisó el texto completo para orientar la decisión. Los desacuerdos entre los pares revisores fueron resueltos por consenso.

A partir del grupo de referencias preseleccionadas, se realizó la selección de estudios, para esto, un evaluador (MC) verificó nuevamente los criterios de elegibilidad mediante la revisión de cada referencia en texto completo.

Los resultados de esta etapa se describieron en detalle en el diagrama de flujo PRISMA (anexo 3).

Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos

Teniendo en cuenta el tipo de documento seleccionado se realizó una valoración de la calidad metodológica. Para revisiones sistemáticas de la literatura se utilizó el AMSTAR 2 (28), para las GPC basadas en la evidencia se empleó AGREE II (29) y para los estudios observacionales tipo de cohorte se utilizó la escala Newcastle-Ottawa (30). Si el documento no se ajustaba a uno de los diseños anteriores, se declaró en el documento y no fue objeto de la evaluación de calidad metodológica.

La evaluación de calidad de los documentos incluidos se presenta en el anexo 4.

Extracción de información

Dos revisores realizaron la extracción de información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados (MC/CP). Este proceso se enfocó en los contenidos presentados como recomendaciones, indicaciones, orientaciones, lineamientos y consejos, en consonancia con las preguntas orientadoras y el alcance del lineamiento.

La información básica con las principales características de los documentos incluidos se extrajo aplicando un formato diseñado en Microsoft Word® y se presenta en el anexo 5.

Contextualización de resultados

Para la generación de las indicaciones en el contexto colombiano derivadas de los resultados obtenidos en las búsquedas descritas, se consideró la disponibilidad, sostenibilidad y regulación de los recursos existentes en el país, a través de la exploración de bases de datos locales y de entidades de regulación y vigilancia del estado como el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y el MSPS. Se documentaron todas las tecnologías en salud como medicamentos, dispositivos y reactivos, pruebas diagnósticas y procedimientos contemplados en los lineamientos generados para



cada pregunta orientadora y se verificó su disponibilidad, indicación, autorización y demás consideraciones especiales para su uso en Colombia.

La información relacionada con la clasificación y descripción de tecnologías en salud incluidas en los lineamientos se tamizó aplicando un formato tipo tabla diseñado en Word® y que se presenta en el anexo 6.

Formulación y validación de los lineamientos por pares

Inicialmente, las indicaciones para cada pregunta orientadora fueron construidas con base a lo encontrado en una búsqueda de la literatura que permitió conocer el contexto y situación general del problema planteado, y a partir de consultas virtuales hechas a los expertos temáticos delegados oficialmente por las asociaciones y sociedades científicas para participar en el lineamiento.

Posteriormente, se realizó un panel con los expertos temáticos delegados sobre los lineamientos preliminares para conocer sus observaciones y opiniones.

Consenso para los lineamientos

Se desarrolló un consenso formal de expertos bajo la técnica Delphi modificada, con el propósito de unificar las indicaciones y adoptar una decisión frente a lo propuesto, basados en el mayor grado de acuerdo posible entre los expertos temáticos. Al consenso se invitaron a los mismos expertos temáticos participantes de la consulta virtual, quienes fueron delegados de las diferentes sociedades o asociaciones científicas convocadas.

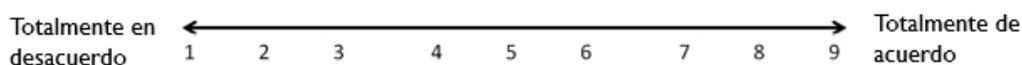
A continuación, se describen los pasos que se llevaron a cabo para la aplicación de la técnica Delphi modificada (31).

1. Fase preliminar: esta fase incluyó la construcción del contexto, los objetivos, el diseño, los elementos básicos del trabajo y la invitación a las sociedades y asociaciones científicas de interés para la delegación de los expertos. Los productos finales de esta etapa fueron:
 - a. Documento del protocolo
 - b. Delimitación del listado de expertos en los ámbitos: clínico, epidemiológico, política pública y jurídico.
 - c. Preguntas orientadoras que fueron contestadas con la revisión de literatura y complementadas con los aportes de los expertos.
 - d. Envío previo del protocolo al experto temático del grupo desarrollador.
2. Fase de aplicación: presentación de los lineamientos preliminares que responden a las preguntas objetivo de la revisión. Los productos finales de esta etapa fueron:
 - a. Envío del documento con los lineamientos preliminares a los expertos temáticos antes del panel para su revisión.



b. Panel de expertos que se llevó a cabo de la siguiente manera:

- El IETS presentó el resumen de la evidencia encontrada para cada pregunta y la propuesta preliminar de los lineamientos.
- Se dio la palabra a cada experto para que expresara su opinión sobre los lineamientos mencionados y en caso de considerar algún ajuste, dieron una propuesta.
- Una vez realizada la discusión con todos los expertos se redactó el lineamiento con los ajustes sugeridos.
- Cada experto votó el grado de acuerdo con el lineamiento. Para esto, se creó un formulario en línea que les permitió escoger la opción de respuesta de manera anónima, manifestando así su grado de acuerdo o desacuerdo basados en la siguiente escala:



- Se consideró que hubo acuerdo cuando el 80% de los votantes eligieron las opciones 7 a 9, o cuando el intervalo de confianza al 95% de la mediana estuvo entre 7 y 9.
- Se procedió de la misma forma con todas las preguntas.

3. Fase final: análisis y presentación de la información.

Teniendo en cuenta los lineamientos aprobados en el consenso, se ajustó el documento final y se envió a los expertos para su aprobación vía correo electrónico. Se elaboró un instrumento en Word® con el fin de conocer el grado de acuerdo de cada uno con los lineamientos finales, basados en las siguientes opciones de respuesta:

- De acuerdo: las indicaciones formuladas no requieren de ajustes de fondo (cambios mayores), ni está comprometida su factibilidad de implementación en el contexto nacional.
- En desacuerdo: las indicaciones formuladas sí requieren de ajustes de fondo (cambios mayores), o está comprometida su factibilidad de implementación en el contexto nacional.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: las indicaciones formuladas no son claras, o la información es insuficiente para dar un juicio.
- Me abstengo de opinar: no me considero un experto en este tópico, o presento un potencial conflicto de interés que podría invalidar mi juicio sobre el tema.

El instrumento también incluyó un campo para consignar la argumentación de los expertos sobre su desacuerdo y un campo abierto para comentarios.

Las respuestas de los expertos fueron consolidadas aplicando la regla de mayoría simple sobre el número total de participantes. Los resultados del consenso se muestran en el anexo 7.



Algoritmos

Se elaboraron algoritmos para las preguntas orientadoras 1 y 2, correspondientes al diagnóstico y prescripción de tratamiento, de modo que permita resumir cada una de las recomendaciones y resultados del proceso. El objetivo de este algoritmo es facilitar la adopción de tales recomendaciones en la población objeto (profesionales del área de la salud, en consulta externa, en el primer nivel de atención).

El grupo de trabajo encargado del desarrollo de los algoritmos estuvo conformado por epidemiólogos y expertos temáticos acompañados de un experto en implementación y un experto en comunicación de la salud. Se desarrollaron mediante el software gratuito yEd Graph Editor®.



4. Lineamientos y algoritmos

4.1 Pregunta 1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno del primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (desde los 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Los lineamientos aprobados por los expertos y descritos a continuación están basados en 11 GPC, de las cuales, el 90% fueron publicadas en los últimos 3 años: el 50% por Estados Unidos, el Reino Unido y 2 guías colombianas. La calidad metodológica fue alta para el 81,8% de los documentos de acuerdo con la evaluación de AGREE en el resultado final. Comparando los dominios, el primer y el segundo dominio fueron los de mayor cumplimiento, el peor dominio fue el dominio 5 con calidad suficiente. Estas guías se enfocaron en el diagnóstico en diferentes escenarios de la infección de vías urinarias, haciendo énfasis en todos los casos en IVU baja no complicadas en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas (24,32,37,39,42,56-60,67,80-81).

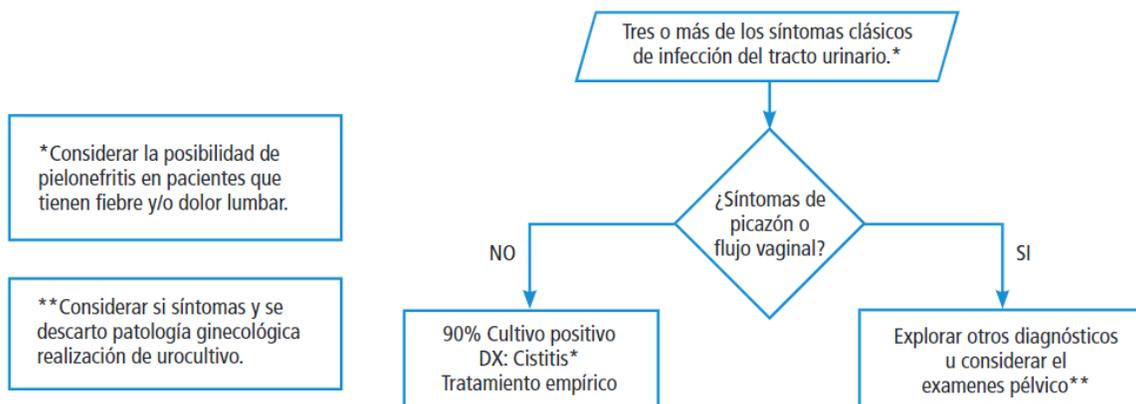
Adicionalmente, se incluyeron 40 documentos entre metaanálisis y revisiones narrativas que tuvieron como objetivo determinar el diagnóstico de pacientes con infección de vías urinarias bajas. La calidad metodológica en el 75% de las revisiones fue moderada, (15, 33-34,36,38,40-41,43-55,61-64,66,68-70,73-75,82-,87, 90,93-94,96-97).

La infección de vías urinarias bajas no complicada se define como el primer episodio, limitado a mujeres de 18 años o más, premenopáusicas, inmunocompetentes, no embarazadas, sin anomalías anatómicas y/o funcionales relevantes conocidas dentro del tracto urinario o comorbilidades asociadas, son identificadas comúnmente con los CIE 10: Cistitis (N300, N308, N309), infección de vías urinarias de sitio no especificado (N390) (32).

La probabilidad de IVU baja no complicada en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas inmunocompetentes que acuden al médico con síntomas de infección urinaria aguda (disuria, aumento de la frecuencia de la micción, urgencia y hematuria), se estima en un 50%; si presentan disuria y frecuencia urinaria, entonces la probabilidad de infección del tracto urinario se incrementa a más de 70%. En ausencia de síntomas como flujo o irritación vaginal esta probabilidad aumenta a 90% y el tratamiento empírico de primera línea (ver lineamiento 2) está indicado, sin requerir de exámenes adicionales (24,32-55) (**Ilustración 1**).



Ilustración 1. Algoritmo diagnóstico de infección de vías urinarias en pacientes con tres o más de los síntomas clásicos



Fuente: tomado de Cortes et al, 2015 (24).

Si hay presencia de flujo vaginal, la probabilidad de bacteriuria disminuye. Se deben considerar otros diagnósticos diferenciales tales como vaginitis, uretritis, irritación o pielonefritis aguda si la paciente presenta fiebre y dolor en el ángulo costovertebral, en los cuales está indicado el examen pélvico (24,32,42,56–60) (tabla 1).

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales en la evaluación de IVU

| Condición | Patógenos | Síntomas |
|----------------------|---|--|
| Vaginitis | <i>Candida</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Bacteroides species</i> , <i>Gardnerella vaginalis</i> | Secreción vaginal, olor o picazón; Disuria "externa" (por la orina que entra en contacto con superficies epiteliales vulvares inflamadas e irritadas) |
| Uretritis | <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , o <i>herpes simplex virus</i> | Inicio gradual de los síntomas (clamidia) ± flujo vaginal; ± frecuencia urinaria o urgencia |
| Irritación | Ninguno | Picazón o secreción vaginal; por lo general, un diagnóstico de exclusión, a menos que la retirada de una sustancia sospechosa delictiva conduzca a la resolución de los síntomas |
| Pielonefritis | Igual que cistitis | Síntomas constitucionales (fiebre, malestar, sudoración, dolor de cabeza), síntomas gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal), síntomas renales locales (dolor de espalda, costado o lomo), síntomas de micción (como en la cistitis) |

Tomado y modificado de Gupta K y cols 2017 (61).

El Gram de orina sin centrifugar es un método rápido, sencillo y económico para detectar bacterias las cuales por definición deben estar ausentes en la orina. La técnica es teñir la muestra orina y observar al microscopio, la presencia de una sola bacteria poro campo



sugiere un conteo de 100000 unidades formadores de colonias en urocultivo en el 85% de los casos; la sensibilidad y especificidad de esta prueba varían de 65 a 94% y de 75 a 98%, respectivamente. En las mujeres de 18 años o más, premenopáusicas e inmunocompetentes que presentan ≤ 2 síntomas de infección de tracto urinario el Gram orina es la primera elección diagnóstica para la IVU baja complicada (29-31,43-45,57,61,94).

Si el Gram de orina es negativo, se deben utilizar las tiras reactivas y/o la microscopía de sedimento de orina para guiar las decisiones de tratamiento en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas e inmunocompetentes que presentan ≤ 2 síntomas de infección de tracto urinario, sin síntomas de picazón o flujo vaginal. (24,32,36–42,46–48,53,55,59,60,62)

El análisis de orina, ya sea por microscopía o por tira reactiva (CUPS 907106), para evaluar la piuria (presencia de pus en la orina), son valiosas pruebas de diagnóstico de laboratorio para la infección urinaria y la ausencia de piuria sugiere fuertemente un diagnóstico alternativo (24,32,63). El método más preciso para evaluar la piuria es la microscopía urinaria; un resultado anormal se define como ≥ 10 leucocitos/microL, sin embargo, esta prueba de laboratorio generalmente no está disponible para el médico general (24,29).

Las tiras reactivas en orina detectan la presencia de la esterasa leucocitaria (una enzima liberada por los leucocitos, que refleja piuria) y nitritos (que refleja la presencia de *Enterobacteriaceae*, que convierten el nitrato urinario en nitrito). La prueba con tira reactiva es más precisa para predecir la infección urinaria cuando es positiva para esterasa leucocitaria o nitrito, con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 82% (59,64).

Si no hay disponibilidad de realizar Gram de orina o tira reactiva/microscopía urinaria, el diagnóstico de IVU bajas no complicada no se puede descartar en mujeres sintomáticas, el juicio clínico se debe utilizar para considerar otros diagnósticos diferenciales (vaginitis, uretritis o pielonefritis), invitar a la paciente a una nueva visita de control si los síntomas persisten o empeoran, o iniciar tratamiento antibiótico empírico de primera línea (ver lineamiento 2) si se presentan factores de riesgo para infección tales como aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales, uso de espermicidas y antecedente de IVU previa (24,38,61,65).

Si bien está por fuera del alcance del lineamiento, es importante recalcar que el cultivo de orina ha sido el estándar de oro para detectar bacteriuria (definido como $\geq 10^3$ UFC/mL uropatógenos en muestra de orina de la mitad de la micción en cistitis aguda no complicada en mujeres), pero debido a la disponibilidad tardía de los resultados (> 48 horas) es difícil tomar decisiones terapéuticas en pacientes adultas inmunocompetentes, por eso la realización del urocultivo con antibiograma y concentración mínima inhibitoria (CUPS 901235, 901236, 901237) está indicado únicamente en pacientes con:

- a. Cistitis complicada definida como en hombres, en gestantes, niños, pacientes con alteraciones anatómicas del tracto urinario y que usan catéteres urinarios. (29,35,41,58).
- b. Sospecha de pielonefritis aguda: dolor en el ángulo costovertebral o fiebre (29,30,35,38,58).
- c. Síntomas atípicos en sospecha de cistitis (29–31,34,59).

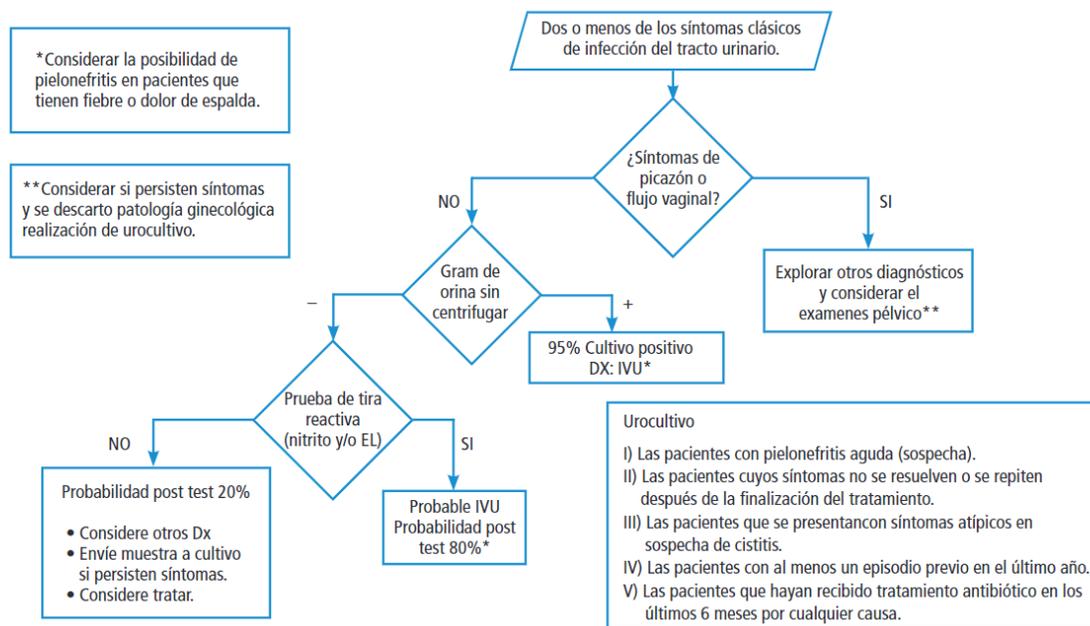


- d. Prescripción de tratamiento antibiótico en los últimos 6 meses por cualquier causa (24,57,64).
- e. Síntomas que no mejoran en un plazo de 3 días, o en las que se resuelven y reaparecen al cabo de 2 semanas después de la finalización del tratamiento (29–31,34,44,51,56,58,65,66) (Ilustración 2).
- f. Mujeres con pielonefritis

En cada una de estas condiciones se requiere realizar un proceso de diagnóstico y de tratamiento específico basado en las guías nacionales o locales.

En mujeres ≥ 65 años, clínicamente estables y con síntomas inespecíficos de infección (por ejemplo, delirio, empeoramiento del estado mental o funcional, confusión o agitación), pero sin síntomas localizados en el tracto genitourinario, está indicado buscar otras causas probables que expliquen los síntomas descritos (30,31,35,44,49,51,52,64).

Ilustración 2. Algoritmo diagnóstico de infección de vías urinarias en pacientes dos o menos síntomas clásicos



Fuente: tomado de Cortes et al, 2015 (24).

No está indicada la realización sistemática de análisis de orina, ni urocultivos posteriores al tratamiento en las pacientes asintomáticas (32,34,37,44,54,59,61,67). En estas pacientes sin anomalías urológicas, pero en las que los síntomas reaparecen, se debe suponer que el microorganismo infeccioso no es sensible al fármaco utilizado originalmente y contemplarse un tratamiento alternativo según el resultado del urocultivo. En las pacientes con recidiva por el mismo patógeno debe descartarse el diagnóstico de IVU complicada (32–34,37,47,54,59,61,67,68).



4.1.1 Lineamientos para el diagnóstico adecuado y oportuno de infección de vías urinarias bajas no complicada

- En mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes con la combinación de más de 2 síntomas clásicos de infección urinaria (disuria, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia de la micción o hematuria), sin secreción vaginal o picazón, se hace el diagnóstico de IVU bajas no complicadas. Estas pacientes no requieren pruebas diagnósticas complementarias y el tratamiento antibiótico empírico está indicado (ver lineamiento 2) (32–55).
- Realizar Gram de orina sin centrifugar para confirmar el diagnóstico de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) e inmunocompetentes que presentan ≤ 2 síntomas de infección del tracto urinario (disuria, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia de la micción o hematuria), sin síntomas de picazón o flujo vaginal (24,39,62).
- Utilizar las tiras reactivas o análisis de orina (microscopía de sedimento de orina) para guiar las decisiones de tratamiento en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) e inmunocompetentes que presentan ≤ 2 síntomas de infección de tracto urinario (disuria, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia de la micción o hematuria), sin síntomas de picazón o flujo vaginal y Gram de orina sin centrifugar negativo. Si el resultado de éstas es positivo se realiza diagnóstico de IVU baja no complicada y se da inicio de tratamiento de primera línea. Si el resultado es negativo, el diagnóstico de IVU bajas no complicada no se puede descartar en mujeres sintomáticas, el juicio clínico se debe utilizar para considerar otros diagnósticos diferenciales (vaginitis, uretritis o pielonefritis). Invitar a la paciente a una nueva consulta de control si los síntomas persisten o empeoran, o iniciar tratamiento antibiótico empírico si se presentan factores de riesgo para infección tales como aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales o uso de espermicidas (24,32,36–42,46–48,53,55,59,60,62).
- Si no hay disponibilidad de realizar Gram de orina o tira reactiva/microscopia no se puede descartar IVU en mujeres sintomáticas, el juicio clínico se debe utilizar para considerar otros diagnósticos diferenciales (vaginitis, uretritis o pielonefritis). Invitar a la paciente a una nueva consulta de control si los síntomas persisten o empeoran, o iniciar tratamiento antibiótico empírico si se presentan factores de riesgo para infección tales como aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales o uso de espermicidas (24,38,61,65).
- Explorar otros diagnósticos y considerar el examen pélvico en mujeres con síntomas de picazón o flujo vaginal (24,32,42,56–59).
- Las siguientes condiciones, se encuentran fuera del alcance de este lineamiento:
 - a. Cistitis complicada (32,38,44,61)



- b. Sospecha de pielonefritis aguda: dolor en el ángulo costovertebral o fiebre (32,33,38,41,61)
- c. Síntomas atípicos en sospecha de cistitis (32–34,37,62)
- d. Dos episodios de IVU en los últimos 6 meses o 3 o más episodios en el último año (32,61,69)
- e. Prescripción de tratamiento antibiótico betalactámico en los últimos 6 meses por cualquier causa (24,60,70)
- f. Síntomas que no mejoran en un plazo de 3 días, o en las que se resuelven y reaparecen entre 2 y 4 semanas después de la finalización del tratamiento (32–34,37,47,54,59,61,67,68).

Se requiere manejo específico para estas patologías, se les debe realizar urocultivo con antibiograma y concentración mínima inhibitoria

- No está indicada la realización sistemática de análisis de orina, ni urocultivos posteriores al tratamiento en las pacientes asintomáticas (32,34,37,44,54,59,61,67).
- En mujeres ≥ 65 años, clínicamente estables y con síntomas inespecíficos de infección (por ejemplo, delirio, empeoramiento del estado mental o funcional, confusión o agitación), pero sin síntomas localizados en el tracto genitourinario, está indicado buscar otras causas (36–38,47,52,54,55,66).

4.1.2 Disponibilidad de las tecnologías para el diagnóstico de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia

En el anexo 6 se describen en detalle las pruebas diagnósticas disponibles y aprobadas para el tratamiento antibiótico de IVU bajas no complicada en Colombia, así como el estado de financiamiento con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

4.1.2 Algoritmo para el diagnóstico de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia

Se elaboró un algoritmo 1 que esquematiza el proceso diagnóstico de la IVU bajas no complicada (**Ilustración 3**).



Ilustración 3. Algoritmo de diagnóstico de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes



Mujer \geq 18 años inmunocompetente, pre menopáusica, no embarazada que consulta en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud por síntomas

SI
¿Presenta secreción vaginal o picazón?

Explorar otros diagnósticos y considerar el examen pélvico

NO



Evaluar la presencia de los síntomas clásicos de Infección de Vías Urinarias (IVU):

- Aumento de la frecuencia de micción
- Urgencia urinaria
- Hematuria
- Disuria

NO
¿Presenta la combinación de >2 de los siguientes síntomas de IVU?

SI

NO
¿Presenta ≤ 2 síntomas de IVU?

NO

SI

- Diagnosticar IVU bajas no complicadas
- Iniciar tratamiento con antibiótico

NO
¿Hay disponibilidad para realizar Gram de orina o tira reactiva /microscopia?

SI

NO

SI

N

SI

Considerar otros posibles diagnósticos

Iniciar tratamiento antibiótico empírico

- No descartar diagnóstico de IVU bajas no complicada
- Reevaluar paciente y considerar otros diagnósticos diferenciales como:
 - Vaginitis
 - Uretritis
 - Pielonefritis
- Evaluar factores de riesgo:
 - Aumento frecuencia de las relaciones sexuales
 - Uso de espermicidas



4.2 Pregunta 2. ¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Para el lineamiento del tratamiento de IVU baja no complicada se consultaron las 13 GPC publicadas en el 75% en los últimos 3 años, el 40% por Estados Unidos, el Reino Unido, Europa 2 y 2 guías colombianas. La calidad metodológica fue alta para el 84,6% de los documentos de acuerdo con el AGREE. Estas guías desarrollaron los principios de tratamiento de primera y segunda línea haciendo énfasis en el 100% de los casos en IVU baja no complicadas en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas, las opciones terapéuticas enfocadas en el tratamiento ambulatorio y el primer nivel de atención. Estas opciones terapéuticas sugirieron de forma general el uso de antibióticos de corta duración con énfasis en el conocimiento de la epidemiología local para determinar las opciones de tratamiento (24,32-34,36-39,42,56-60,67,80-81).

Se evaluaron 48 revisiones entre metaanálisis y revisiones narrativas que incluyeron evidencia sobre el tratamiento de pacientes con infección de vías urinarias bajas, la calidad metodológica en el 72,3% de las revisiones fue moderada (33,34,15,36,38,40-41,43-55,61-66,68-79,82-91,93-98).

Se incluyó un estudio de cohorte sobre la utilidad de otros tratamientos diferentes al tratamiento antibiótico, el cual fue considerado de buena calidad para apoyar este lineamiento (92).

En las IVU bajas no complicadas se recomienda la terapia antimicrobiana porque el éxito clínico es significativamente más probable en mujeres tratadas con antimicrobianos que aquellas con placebo (49,59,70). La elección del antibiótico debe guiarse por:

- Patrones de espectro y susceptibilidad de los patógenos etiológicos locales
- Eficacia para la indicación particular en estudios clínicos
- Tolerabilidad, antecedente de alergias y reacciones adversas
- Los efectos sobre la situación de resistencia en el paciente individual (daño colateral) y/o la población general (efectos epidemiológicos)
- Factores de riesgo asociados a pielonefritis y la infección urinaria complicada
- Costos
- Disponibilidad (57,59,61).

De acuerdo con los datos presentados por el GREBO en 2016, en Colombia la resistencia específica por microorganismo a cada uno de los antibióticos de primera línea de acción (ver lineamiento 2) frente a la IVU baja no complicada en mujeres es:

- a. Nitrofurantoina (*E. coli*: 2,0%, *K. pneumoniae*: 16,7%, *P. mirabilis*: 81,4%).
- b. Fosfomicina (*E. coli*: 1,4%, *K. pneumoniae*: 7,9%, *P. mirabilis*: 3,9%).
- c. Amoxicilina – clavulanato (*E. coli*: 6,8%, *K. pneumoniae*: 22,2%, *P. mirabilis*: 9,0%).
- d. Cefazolina (*E. coli*: 17,2%, *K. pneumoniae*: 22,6%, *P. mirabilis*: 11,5%).



- e. Trimetoprim-sulfametoxazol (*E. coli*: 42,7%, *K. pneumoniae*: 23,2%, *P. mirabilis*: 18,7%).
- f. Ciprofloxacina (*E. coli*: 32,0%, *K. pneumoniae*: 14,5%, *P. mirabilis*: 6,0%) (16).

Datos similares de resistencia reportados en estudios nacionales a quinolonas (88,8%), trimetoprim-sulfametoxazol (70,6%) y a la ciprofloxacina en Bogotá (73,5% al 82,9%), Pereira (71,0%), Valledupar (61,8%) y Barranquilla (52,9%) (19).

De acuerdo con los principios básicos para la prescripción de antibióticos y basados en los patrones de susceptibilidad disponibles en Colombia, se recomienda el uso de macrocristales de nitrofurantoína 100 mg dos veces al día durante 5 días, cada 6 a 8 horas (dado que los macrocristales tienen vida media entre 6 y 8 horas) como primera elección de tratamiento para la cistitis aguda no complicada en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas e inmunocompetentes (5,24,32-35,37,38,40,42-44,46-48,53,55-62,68,71-83). Como segunda opción se propone el uso de la dosis única de trometamol 3 g (5,24,32-35,37,38,40,42,44,46-48,53,55-62,65,68,70,75-81,83-85). Estos dos agentes alcanzan niveles adecuados en orina y tienen baja propensión a daños colaterales. Una ventaja adicional es que estos antibióticos generalmente permanecen activos en el caso de bacterias Gram negativas productoras de BLEE (73). Se deja como alternativa el uso de amoxicilina-clavulanato 1 g vía oral cada 12 horas por 5-7 días y cefalexina 1 g vía oral cada 12 horas por 5-7 días (24,33,34,38,40,46,47,55,56,58,60,62,75,78,81,86).

Todos los antibióticos de primera línea recomendados se encuentran disponibles en el país, con la presentación sugerida por los estudios clínicos y con la indicación para el tratamiento de infecciones agudas no complicadas de las vías urinarias bajas (36). Sin embargo, existen limitaciones para la implementación de las recomendaciones, debido a que la fosfomicina y la amoxicilina-clavulanato no se encuentran financiadas con recursos de la por Unidad de Pago por Capitación (UPC) (87).

La evidencia actual sugiere no recomendar el uso de trimetoprim-sulfametoxazol si el umbral de resistencia local para *E. coli* es mayor al 20%, por lo cual no sugerimos el uso de este medicamento como tratamiento empírico de la IVU bajas no complicada en Colombia (32,34,35,40,44,46,47,53,56-59,61,62,68,78,81-83,86,88). Múltiples estudios han demostrado que las fluoroquinolonas son más propensas que otras clases de antibióticos a alterar la flora fecal y desarrollo de resistencia cruzada con otros antibióticos, por lo tanto, causar daños colaterales e infección por *C. difficile*. La prescripción fluoroquinolonas debe limitarse a los casos en que los antibióticos alternativos estén contraindicados o a infecciones invasivas complicadas (24,34,53,56,59,61,62,68,77,78,83,89) (Tabla 2).

En el escenario de recurrencia definida como la presencia de al menos 3 infecciones en un año o 2 en un periodo de 6 meses o recaída definida como infección dentro de las 4 semanas siguientes a la terminación del tratamiento, no se recomienda tratamiento antibiótico empírico, sino basado en urocultivo y antibiograma (24,31-33,37,43,44,52,53,55,61,72,75,78,83).



Tabla 2. Pautas de tratamiento antibiótico para IVU bajas no complicada

| Medicamento | Dosis | Duración | Tasa de erradicación | Sensibilidad | Daño colateral | Efectos adversos |
|-----------------------------------|---|----------|----------------------|--------------|--|-------------------|
| Primera línea | | | | | | |
| Microcristales de Nitrofurantoina | Tableta 100 mg Vía oral cada 6 horas | 5 días | >90% | >90% | Baja probabilidad de selección de múltiples patógenos resistentes a los medicamentos, desarrollo de resistencia a la propia clase de antibióticos. | Alta probabilidad |
| Cefalexina | Tableta, 1 gr cada 12 horas | 5-7 días | 80-90% | 80-90% | Baja probabilidad de selección de múltiples patógenos resistentes a los medicamentos, desarrollo de resistencia a la propia clase de antibióticos. | Escasos |
| Amoxicilina - clavulanato | 1 g vía oral cada 12 horas | 7 días | 80-90% | 80-90% | Alta probabilidad selección de múltiples patógenos resistentes a los medicamentos, desarrollo de resistencia a la propia clase de antibióticos. | Escasos |
| Fosfomicina | Sobre 3 gr vía oral | 1 día | 80-90% | >90% | Baja probabilidad de selección de múltiples patógenos resistentes a los medicamentos, desarrollo de resistencia a la propia clase de antibióticos. | Escasos |
| No recomendados | | | | | | |
| Trimetoprim /sulfametoxazol | Resistencia de <i>E. coli</i> en Colombia > 20% | | 80-90% | 80-90% | Baja probabilidad de selección de múltiples patógenos resistentes a los medicamentos, desarrollo de resistencia a la propia clase de antibióticos | Alta probabilidad |
| Fluoroquinolonas | Resistencia en Colombia > 20% | | 80-90% | 80-90% | Alta probabilidad selección de múltiples patógenos resistentes a los medicamentos, desarrollo de | Alta probabilidad |



| Medicamento | Dosis | Duración | Tasa de erradicación | Sensibilidad | Daño colateral | Efectos adversos |
|-------------|-------|----------|----------------------|--------------|--|------------------|
| | | | | | resistencia a la propia clase de antibióticos. | |

Fuente: Extraído y adaptado de Kranz J y cols. 2017 (80).



4.2.1 Lineamientos para tratamiento farmacológico de infección de vías urinarias bajas no complicada

- Primera opción de tratamiento: macrocristales de nitrofurantoina 100 mg vía oral cada 6 horas por 5 días (5,24,32–35,37,38,40,42–44,46–48,53,55–62,68,71–83).
- Otras alternativas de tratamiento son cefalexina 1 gr vía oral cada 12 horas por 5 – 7 días o amoxicilina-clavulanato 1 gr vía oral cada 12 horas por 5-7 días (24,33,60,62,75,78,81,86,34,38,40,46,47,55,56,58)
- Como alternativa prescribir fosfomicina trometamol 3 gr vía oral dosis única (5,24,32–35,37,38,40,42,44,46–48,53,55–62,65,68,70,75–81,83–85).
- El trimetoprim-sulfametoxazol no se recomienda para el tratamiento empírico de la IVU bajas no complicada en Colombia, porque la tasa de resistencia en *E. coli* es superior al 20% (32,34,35,40,44,46,47,53,56–59,61,62,68,78,81–83,86,88).
- No se recomienda el uso de fluoroquinolonas para el tratamiento empírico de la cistitis aguda (24,34,53,56,59,61,62,68,77,78,83,89).
- La evidencia no respalda el tratamiento de IVU bajas no complicada con productos de arándano, ácido ascórbico (vitamina C), D-manosa, probióticos (*Lactobacillus*), terapia de reemplazo hormonal, acupuntura, medicina herbaria, ácido hialurónico o en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas e inmunocompetentes que presentan síntomas de cistitis aguda (32,34,47,53,58,67–69,74,75,84,90–94).

4.2.2 Disponibilidad de las tecnologías para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia

En el anexo 6 se describen en detalle los medicamentos disponibles y aprobados para el tratamiento antibiótico de IVU bajas no complicada en el país, así como el estado de financiación con recursos de la UPC.

4.2.2 Algoritmo para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia

Se elaboró un algoritmo de los esquemas antibióticos empíricos recomendados en la IVU bajas no complicada en mujeres adultas (



Ilustración 4).



Ilustración 4. Algoritmo para el tratamiento antibiótico empírico de la IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes



Tratamiento antibiótico para el diagnóstico de IVU bajas no complicada en mujeres ≥ 18 años inmunocompetentes,

Recomendado



Primera opción

- Macrocristales de nitrofurantoina, 100 mg, vía oral, cada 6 horas por 5 días

Segunda opción

- Cefalexina, 1g cada 12 horas por 5 a 7 días

Tercera opción

- Amoxicilina – clavulanato, 1g vía oral cada 12 horas por 5 a 7 días o
- Fosfomicina, sobre 3 gr vía oral por 1 día

No respaldado por la evidencia



La evidencia no respalda el tratamiento de IVU bajas no complicada con productos de arándano, ácido ascórbico (vitamina C), D-manosa, probiótico (*lactobacillus*), terapia de reemplazo hormonal, acupuntura, medicina herbaria o ácido hialurónico en mujeres adultas inmunocompetentes que presentan síntoma de cistitis aguda.

No Recomendado



- El trimetropin-sulfametoxazol debe evitarse en el tratamiento empírico de la IVU baja no complicada en Colombia, porque la tasa de resistencia de *E. coli* es superior al 20 %.
- Evitar el uso de fluoroquinolonas para el tratamiento empírico de la cistitis aguda.

*Actualmente no se encuentran financiado con recursos de la UPC.



4.3 Pregunta 3. ¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes con el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Para el desarrollo de este lineamiento se incluyeron 3 GPC de alta calidad y 5 revisiones narrativas el 50% de alta calidad. Las recomendaciones fueron generales especialmente enfocadas al autocuidado de los pacientes (5, 32, 46, 54, 58, 81, 93, 9).

4.3.1 Lineamientos para recomendaciones de prevención, control y autocuidado

- No usar antibióticos sin fórmula médica (32,81,94).
- Aconsejar sobre los posibles efectos adversos de los antibióticos, los cuales incluyen diarrea y náuseas (81,93,94).
- Buscar ayuda médica si los síntomas empeoran en cualquier momento o no mejoran al cabo de 72 horas de tomar el antibiótico o si los síntomas desaparecen y al cabo de 2 semanas regresan, o la persona presenta signos y síntomas sistémicos como fiebre, taquicardia, desorientación o pérdida de la conciencia (32,54,81,93,94).
- Ingerir por lo menos 2 litros de líquidos al día (preferiblemente agua) (5,32,46,54,94).
- Vaciar completamente la vejiga al menos cada 3 horas (32,54,93,94).
- Defecar diariamente para limitar la contaminación perianal (32,54,68,94).
- Limpiar de delante hacia atrás después de orinar o defecar para evitar autocontaminación (5,32,54,68,93,94).
- Mantener la higiene genital pre y poscoital (micción poscoital siempre que sea posible) (5,32,54,93,94).
- Realizar micción poscoital siempre que sea posible (5,32,46,54,94).
- Evitar el coito secuencial anal y vaginal (5,54,93,94).
- Evitar el uso rutinario de desodorantes íntimos, duchas vaginales u otros irritantes como óvulos, espermicidas, condones con espermicidas o diafragmas (5,32,54,93,94).
- Priorizar la ducha al baño, evitando sales espumosas, aceites de baño, perfumes u otros irritantes químicos en el agua (32,54,93,94).
- Usar preferiblemente ropa interior de algodón (32,54,93,94).



- Evitar el café, el té y el alcohol, durante el tratamiento (54,93,94).
- Se debe enfatizar al paciente que debe tomar el antibiótico (si lo requiere) por el tiempo indicado.



5. Referencias

1. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis* 2011;52:e103–20. <https://doi.org/10.1093/cid/ciq257>.
2. Nace DA, Drinka PJ, Crnich CJ. Clinical Uncertainties in the Approach to Long Term Care Residents With Possible Urinary Tract Infection. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:133–9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.009>.
3. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, Winter C, Roberts PL, Stapleton AE, et al. A Prospective Study of Risk Factors for Symptomatic Urinary Tract Infection in Young Women. *N Engl J Med* 1996;335:468–74. <https://doi.org/10.1056/NEJM199608153350703>.
4. Scholes D, Hooton TM, Roberts PL, Gupta K, Stapleton AE, Stamm WE. Risk factors associated with acute pyelonephritis in healthy women. *Ann Intern Med* 2005;142. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-1-200501040-00008>.
5. Smith AL, Brown J, Wyman JF, Berry A, Newman DK, Stapleton AE. Treatment and Prevention of Recurrent Lower Urinary Tract Infections in Women: A Rapid Review with Practice Recommendations. *J Urol* 2018;200:1174–91. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2018.04.088>.
6. Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: Epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nat Rev Microbiol* 2015;13:269–84. <https://doi.org/10.1038/nrmicro3432>.
7. François M, Hanslik T, Dervaux B, Le Strat Y, Souty C, Vaux S, et al. The economic burden of urinary tract infections in women visiting general practices in France: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2016;16:365. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1620-2>.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Atenciones en salud. n.d. <https://bit.ly/2BMSX6Z> (accessed October 24, 2019).
9. Vargas-Alzate CA, Higueta-Gutiérrez LF, Jiménez-Quiceno JN. Direct medical costs of urinary tract infections by gram-negative bacilli resistant to Beta-lactams in a tertiary care hospital, Medellín, Colombia. *Biomedica* 2019;39. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i1.3981>.
10. Czaja CA, Scholes D, Hooton TM, Stamm WE. Population-Based Epidemiologic Analysis of Acute Pyelonephritis. *Clin Infect Dis* 2007;45:273–80. <https://doi.org/10.1086/519268>.
11. Echols RM, Tosiello RL, Haverstock DC, Tice AD. Demographic, Clinical, and Treatment Parameters Influencing the Outcome of Acute Cystitis. *Clin Infect Dis* 1999;29:113–9. <https://doi.org/10.1086/520138>.
12. Schito GC, Naber KG, Botto H, Palou J, Mazzei T, Gualco L, et al. The ARES study: an international survey on the antimicrobial resistance of pathogens involved in uncomplicated urinary tract infections. *Int J Antimicrob Agents* 2009;34:407–13. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2009.04.012>.
13. Rada AM, Hernández-Gómez C, Restrepo E, Villegas MV. Distribution and molecular characterization of beta-lactamases in Gram negative bacteria in Colombia (2001-2016). *Biomedica* 2019;39. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4351>.
14. Instituto Nacional de Salud. Informe de resultados de la vigilancia por laboratorio de



- resistencia antimicrobiana en infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) 2018. <https://bit.ly/31IignoU> (accessed October 24, 2019).
15. Grupo para el control de la resistencia bacteriana en Bogotá. Resultados de la vigilancia de la resistencia bacteriana año 2012, componente pediátrico y adulto n.d. <https://bit.ly/2pPBizJ> (accessed November 6, 2019).
 16. Grupo para el control de la resistencia bacteriana en Bogotá. Resultados de la vigilancia de la resistencia bacteriana año 2016, componente pediátrico y adulto n.d. <https://bit.ly/36N4kuj> (accessed November 6, 2019).
 17. Bradford PA. Extended-spectrum β -lactamases in the 21st century: Characterization, epidemiology, and detection of this important resistance threat. *Clin Microbiol Rev* 2001;14:933–51. <https://doi.org/10.1128/CMR.14.4.933-951.2001>.
 18. Cantón R, Coque TM. The CTX-M β -lactamase pandemic. *Curr Opin Microbiol* 2006;9:466–75. <https://doi.org/10.1016/j.mib.2006.08.011>.
 19. Blanco VM, Maya JJ, Correa A, Perenguez M, Muñoz JS, Motoa G, et al. Prevalencia y factores de riesgo para infecciones del tracto urinario de inicio en la comunidad causadas por *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro extendido en Colombia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2016;34:559–65. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.11.017>.
 20. Leal AL, Cortés JA, Arias G, Ovalle MV, Saavedra SY, Buitrago G, et al. Emergencia de fenotipos resistentes a cefalosporinas de tercera generación en Enterobacteriaceae causantes de infección del tracto urinario de inicio comunitario en hospitales de Colombia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:298–303. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.04.007>.
 21. Andrade SS, Sader HS, Jones RN, Pereira AS, Pignatari ACC, Gales AC. Increased resistance to first-line agents among bacterial pathogens isolated from urinary tract infections in Latin America: Time for local guidelines? *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2006;101:741–8. <https://doi.org/10.1590/S0074-02762006000700006>.
 22. Qi C, Pilla V, Yu JH, Reed K. Changing prevalence of *Escherichia coli* with CTX-M-type extended-spectrum β -lactamases in outpatient urinary *E. coli* between 2003 and 2008. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2010;67:87–91. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2009.12.011>.
 23. Wu YH, Chen PL, Hung YP, Ko WC. Risk factors and clinical impact of levofloxacin or cefazolin nonsusceptibility or ESBL production among uropathogens in adults with community-onset urinary tract infections. *J Microbiol Immunol Infect* 2014;47:197–203. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2012.09.001>.
 24. Cortés JA, Perdomo D, Morales R, Álvarez CA, Cuervo SI, Leal AL, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of community-acquired uncomplicated urinary tract infections in women. *Rev Fac Med* 2015;63:565–81. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.44185>.
 25. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos n.d. <https://bit.ly/2WcVWz1> (accessed October 24, 2019).
 26. Ministerio de la Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos técnicos para la implementación de programas de optimización de antimicrobianos en el escenario hospitalario y ambulatorio n.d. <https://bit.ly/2PpnNdU> (accessed October 24, 2019).
 27. Health UNL of MNI of H. (“urinary tract infections”[MeSH Terms]) OR (“cystitis”[MeSH Terms]) - PubMed - NCBI n.d.
 28. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;j4008.



- <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.
29. Brouwers M. INSTRUMENTO AGREE II. Instrumento para la evaluación de Guías de práctica clínica. *Heal (San Fr)* 2009;56.
 30. Stang A, Jonas S, Poole C. Case study in major quotation errors: a critical commentary on the Newcastle–Ottawa scale. *Eur J Epidemiol* 2018;33:1025–31. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0443-3>.
 31. Carreño M, El método Delphi: cuando dos cabezas piensan más que una en el desarrollo de guías de práctica clínica n.d. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000100013&script=sci_abstract&lng=es (accessed November 10, 2019).
 32. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Cai T, Bruyère F, Geerlings SE, Köves B WF. EAU Guidelines on Urological Infections 2018. 2018.
 33. Tan C, Chlebicki M. Urinary tract infections in adults. *Singapore Med J* 2016;57:485–90. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016153>.
 34. de Cueto M, Aliaga L, Alós JI, Canut A, Los-Arcos I, Martínez JA, et al. Resumen ejecutivo del diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto urinario. Guía de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017;35:314–20. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.11.005>.
 35. Bader MS, Loeb M, Brooks AA. An update on the management of urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. *Postgrad Med* 2017;129:242–58. <https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1246055>.
 36. Cortes-Penfield NW, Trautner BW, Jump RLP. Urinary Tract Infection and Asymptomatic Bacteriuria in Older Adults. *Infect Dis Clin North Am* 2017;31:673–88. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.07.002>.
 37. Beahm NP, Nicolle LE, Bursley A, Smyth DJ, Tsuyuki RT. The assessment and management of urinary tract infections in adults: Guidelines for pharmacists. *Can Pharm J* 2017;150:298–305. <https://doi.org/10.1177/1715163517723036>.
 38. Long B, Koefman A. The Emergency Department Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection. *Emerg Med Clin North Am* 2018;36:685–710. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.003>.
 39. Oyaert M, Van Meensel B, Cartuyvels R, Frans J, Laffut W, Vandecandelaere P, et al. Laboratory diagnosis of urinary tract infections: Towards a BILULU consensus guideline. *J Microbiol Methods* 2018;146:92–9. <https://doi.org/10.1016/j.mimet.2018.02.006>.
 40. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:40–51. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.231>.
 41. Brubaker L, Carberry C, Nardos R, Carter-Brooks C, Lowder JL. American Urogynecologic Society Best-Practice Statement. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2018;24:321–35. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000550>.
 42. Kang CI, Kim J, Park DW, Kim BN, Ha US, Lee SJ, et al. Clinical practice guidelines for the antibiotic treatment of community-acquired urinary tract infections. *Infect Chemother* 2018;50:67–100. <https://doi.org/10.3947/ic.2018.50.1.67>.
 43. Best J, Ou D, Kitlowski AD, Bedolla J. Diagnosis and management of urinary tract infections in the emergency department. *Emerg Med Pract* 2014;16:1–23.
 44. Yuste Ara JR, del Pozo JL, Carmona-Torre F. Protocolo de tratamiento empírico de las infecciones urinarias. *Med* 2018;12:2991–9. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.03.007>.



45. Ayers J, Collins RJ, Bucheit JD. Antimicrobial Stewardship Efforts to Improve Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections in the Ambulatory Care Setting: a Review. *Curr Treat Options Infect Dis* 2018;10:291–301. <https://doi.org/10.1007/s40506-018-0150-3>.
46. Lee H LJAC of CP. Urinary Tract Infections n.d. <https://bit.ly/33Bc5RY> (accessed November 10, 2019).
47. Kolman KB. Cystitis and Pyelonephritis: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *Prim Care - Clin Off Pract* 2019;46:191–202. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.01.001>.
48. Markowitz MA, Wood LN, Raz S, Miller LG, Haake DA, Kim JH. Lack of uniformity among United States recommendations for diagnosis and management of acute, uncomplicated cystitis. *Int Urogynecol J* 2019;30:1187–94. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3750-z>.
49. Abbo LM, Hooton TM. Antimicrobial stewardship and urinary tract infections. *Antibiotics* 2014;3:174–92. <https://doi.org/10.3390/antibiotics3020174>.
50. Kumar S, Dave A, Wolf B, Lerma E V. Urinary tract infections. *Disease-a-Month* 2015;61:45–59. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2014.12.002>.
51. Detweiler K, Mayers D, Fletcher SG. Bacteruria and Urinary Tract Infections in the Elderly. *Urol Clin North Am* 2015;42:561–8. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2015.07.002>.
52. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. The management of urinary tract infections in octogenarian women. *Maturitas* 2015;81:343–7. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.014>.
53. Pietrucha-Dilanchian P HT. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Urinary Tract Infection. *Microbiol Spectr* 2016;4. <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.uti-0021-2015>.
54. Prieto L, Esteban M, Salinas J, Adot JM, Arlandis S, Peri L, et al. Consensus document of the Spanish Urological Association on the management of uncomplicated recurrent urinary tract infections. *Actas Urológicas Españolas (English Ed)* 2015;39:339–48. <https://doi.org/10.1016/j.acuroe.2015.05.002>.
55. Nicolle LE. Urinary Tract Infections in the Older Adult. *Clin Geriatr Med* 2016;32:523–38. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.03.002>.
56. Choe H-S, Lee S-J, Yang SS, Hamasuna R, Yamamoto S, Cho Y-H, et al. Summary of the UAA-AAUS guidelines for urinary tract infections. *Int J Urol* 2018;25:175–85. <https://doi.org/10.1111/iju.13493>.
57. Kranz J, Schmidt S, Lebert C, Schneidewind L, Schmiemann G, Wagenlehner F. Clinical practice guideline: Uncomplicated bacterial community-acquired urinary tract infection in adults-epidemiology, diagnosis, treatment, and prevention. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114:866–73. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0866>.
58. Kranz J, Schmidt S, Lebert C, Schneidewind L, Mandraka F, Kunze M, et al. The 2017 Update of the German Clinical Guideline on Epidemiology, Diagnostics, Therapy, Prevention, and Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections in Adult Patients: Part 1. *Urol Int* 2018;100:263–70. <https://doi.org/10.1159/000486138>.
59. Kim KH, Lee S-J, Cho Y-H, Choe H-S, Na YG, Kim JH, et al. 2017 Guidelines of The Korean Association of Urogenital Tract Infection and Inflammation: Acute Uncomplicated Cystitis. *Urogenit Tract Infect* 2017;12:3. <https://doi.org/10.14777/uti.2017.12.1.3>.
60. David J, Villarraga A, David J, Parra I, Diaz DA, Cardenas AM, et al. Clinical Practice Guideline for Urinary Tract Infection in Adults 2018. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1660528>.
61. Gupta K, Grigoryan L, Trautner B. In the clinic® urinary tract infection. *Ann Intern Med*



- 2017;167:ITC49–64. <https://doi.org/10.7326/AITC201710030>.
62. Waller TA, Pantin SAL, Yenior AL, Pujalte GGA. Urinary Tract Infection Antibiotic Resistance in the United States. *Prim Care - Clin Off Pract* 2018;45:455–66. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.05.005>.
63. Rowe TA, Juthani-Mehta M. Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. *Infect Dis Clin North Am* 2014;28:75–89. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.10.004>.
64. Mody L, Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women: A clinical review. *JAMA - J Am Med Assoc* 2014;311:844–54. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.303>.
65. Drug and Therapeutics Bulletin. Fosfomycin for UTIs. *Drug Ther Bull* 2016;54:114–7. <https://doi.org/10.1136/dtb.2016.10.0429>.
66. Gbinigie OA, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Plüddemann A, Heneghan C. Diagnostic value of symptoms and signs for identifying urinary tract infection in older adult outpatients: Systematic review and meta-analysis. *J Infect* 2018;77:379–90. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2018.06.012>.
67. Anger J, Lee U, Ackerman AL, Chou R, Chughtai B, Clemens JQ, et al. Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. *J Urol* 2019;202:282–9. <https://doi.org/10.1097/ju.000000000000296>.
68. Abou Heidar N, Degheili J, Yacoubian A, Khauli R. Management of urinary tract infection in women: A practical approach for everyday practice. *Urol Ann* 2019;11:339. https://doi.org/10.4103/ua.ua_104_19.
69. Costantini E, Giannitsas K, Illiano E. The role of nonantibiotic treatment of community-acquired urinary tract infections. *Curr Opin Urol* 2017;27:120–6. <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000366>.
70. Takhar SS, Moran GJ. Diagnosis and management of urinary tract infection in the emergency department and outpatient settings. *Infect Dis Clin North Am* 2014;28:33–48. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.10.003>.
71. Shakti L, Veeraraghavan B. Advantage and limitations of nitrofurantoin in multi-drug resistant Indian scenario. *Indian J Med Microbiol* 2015;33:477. <https://doi.org/10.4103/0255-0857.167350>.
72. Huttner A, Verhaegh EM, Harbarth S, Muller AE, Theuretzbacher U, Mouton JW. Nitrofurantoin revisited: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *J Antimicrob Chemother* 2015;70:2456–64. <https://doi.org/10.1093/jac/dkv147>.
73. Stalenhoef JE, Van Dissel JT, Van Nieuwkoop C. Febrile urinary tract infection in the emergency room. *Curr Opin Infect Dis* 2015;28:106–11. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000121>.
74. Peri L. Fighting Urinary Tract Infections with Antibiotic and Non-Antibiotic Therapies. *Urol J* 2016;83:5–10. <https://doi.org/10.5301/uro.5000186>.
75. Quinlan JD, Jorgensen SK. Recurrent UTIs in women: How you can refine your care. *J Fam Pract* 2017;66:94–9.
76. Kranz J, Helbig S, Mandraka F, Schmidt S, Naber KG. The revival of old antibiotics for treatment of uncomplicated urinary tract infections in the era of antibiotic stewardship. *Curr Opin Urol* 2017;27:127–32. <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000365>.
77. Lee SJ. Recent advances in managing lower urinary tract infections [version 1; referees: 2 approved]. *F1000Research* 2018;7. <https://doi.org/10.12688/f1000research.16245.1>.
78. Schutz D, Watson SC, Hayden G, Weant KA. Outpatient treatment of uncomplicated urinary tract infections in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*



- 2018;40:162–70. <https://doi.org/10.1097/TME.000000000000195>.
79. Hanretty AM, Gallagher JC. Shortened Courses of Antibiotics for Bacterial Infections: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther* 2018;38:674–87. <https://doi.org/10.1002/phar.2118>.
 80. Kranz J, Schmidt S, Lebert C, Schneidewind L, Mandraka F, Kunze M, et al. The 2017 Update of the German Clinical Guideline on Epidemiology, Diagnostics, Therapy, Prevention, and Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections in Adult Patients. Part II: Therapy and Prevention. *Urol Int* 2018;100:271–8. <https://doi.org/10.1159/000487645>.
 81. NICE Guideline. Overview | Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE n.d.
 82. Dubbs SB, Sommerkamp SK. Evaluation and Management of Urinary Tract Infection in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am* 2019;37:707–23. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.07.007>.
 83. Malmros K, Huttner BD, McNulty C, Rodríguez-Baño J, Pulcini C, Tängdén T. Comparison of antibiotic treatment guidelines for urinary tract infections in 15 European countries: Results of an online survey. *Int J Antimicrob Agents* 2019;54:478–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2019.06.015>.
 84. Grigoryan L, Trautner BW, Gupta K. Diagnosis and management of urinary tract infections in the outpatient setting: A review. *JAMA - J Am Med Assoc* 2014;312:1677–84. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.12842>.
 85. El Sakka N, Gould IM. Role of old antimicrobial agents in the management of urinary tract infection. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2016;9:1047–56. <https://doi.org/10.1080/17512433.2016.1189325>.
 86. Pitout JD, Chan WW, Church DL. Tackling antimicrobial resistance in lower urinary tract infections: treatment options. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2016;14:621–32. <https://doi.org/10.1080/14787210.2016.1188004>.
 87. Colombia M de S y PS de. Plan de Beneficios en Salud n.d.:2019. <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>.
 88. Caron F, Wehrle V, Etienne M. The comeback of trimethoprim in France. *Médecine Mal Infect* 2017;47:253–60. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2016.12.001>.
 89. Gutiérrez-Castrellón P, Díaz-García L, de Colsa-Ranero A, Cuevas-Alpuche J, Jiménez-Escobar I. [Efficacy and safety of ciprofloxacin treatment in urinary tract infections (UTIs) in adults: a systematic review with meta-analysis]. *Gac Med Mex* n.d.;151:225–44.
 90. Aydin A, Ahmed K, Zaman I, Khan MS, Dasgupta P. Recurrent urinary tract infections in women. *Int Urogynecol J* 2015;26:795–804. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2569-5>.
 91. Fu Z, Liska D, Talan D, Chung M. Cranberry Reduces the Risk of Urinary Tract Infection Recurrence in Otherwise Healthy Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr* 2017;147:2282–8. <https://doi.org/10.3945/jn.117.254961>.
 92. Kulchavenya E. Acute uncomplicated cystitis: is antibiotic unavoidable? *Ther Adv Urol* 2018;10:257–62. <https://doi.org/10.1177/1756287218783644>.
 93. NICE Guideline. Overview | Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE n.d.
 94. NICE Guideline. Urinary tract infections overview - NICE Pathways n.d. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/urinary-tract-infections> (accessed November 10, 2019).



95. Naber KG, Niggemann H, Stein G, Stein G. Review of the literature and individual patients' data meta-analysis on efficacy and tolerance of nitroxoline in the treatment of uncomplicated urinary tract infections. *BMC Infect Dis* 2014;14. <https://doi.org/10.1186/s12879-014-0628-7>.
96. Pezzlo M. Laboratory diagnosis of urinary tract infections: Guidelines, challenges, and innovations. *Clin Microbiol Newsl* 2014;36:87–93. <https://doi.org/10.1016/j.clinmicnews.2014.05.003>.
97. Cortes JA, Perdomo D, Morales RA, Alvarez CA, Cuervo SI, Leal AL, et al. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias no complicada en mujeres adquirida en la comunidad. *Rev La Fac Med* 2015;63:565–81. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.44185>.
98. Sihra N, Goodman A, Zakri R, Sahai A, Malde S. Nonantibiotic prevention and management of recurrent urinary tract infection. *Nat Rev Urol* 2018;15:750–76. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0106-x>.
99. Beyer AK, Currea GCC, Holm A. Validity of microscopy for diagnosing urinary tract infection in general practice – a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2019;37:373–9. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639935>.



6. Anexos

6.1 Anexo 1. Términos y algoritmos de búsqueda

| | Términos DeCS | Términos MESH | Términos libres | Otros |
|---|--|---|--|---|
| Términos relacionados con la condición de interés | Enfermedades de la vejiga urinaria Cistitis | Urinary Tract Infections, Cystitis | Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection | Infección de vías urinarias bajas no complicada |
| Términos relacionados con los desenlaces de interés | Diagnóstico Terapia con Fármacos Terapia con Medicamentos Antibacterianos Prevención primaria Autocuidado Visita domiciliaria Atención ambulatoria Atención primaria de salud | Diagnosis Drug Therapy Anti-Bacterial Agents Drug Administration Schedule Antimicrobial Stewardship Primary Prevention Prevention & control Self-Care Primary Health Care | Antibiotics Therapeutic scheme Rational Use of Antibiotics Guidelines Recommendation | Lineamientos Protocolos Guías de atención Guías de práctica clínica Recomendaciones |
| Algoritmo de Búsqueda (Combina ambos términos y condición y desenlaces) | #1 Urinary Tract Infections/ #2 Cystitis/ #3 Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection.tw. #4 1 or 2 or 3 #5 Diagnosis/ #6 Guidelines.tw. #7 4 and 5 #8 7 and 6 #9 Drug Therapy/ #10 Anti-Bacterial Agents/ #11 Rational Use of Antibiotics.tw. #11 Antibiotics.tw. #12 Drug Administration Schedule/ #13 Antimicrobial Stewardship/ #14 Therapeutic scheme.tw. #15 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 #16 4 and 15 #17 16 and 6 #18 Primary Prevention/ #19 Prevention & control/ #20 Self Care/ #21 Primary Health Care #22 18 or 19 or 20 or 21 #23 Recommendation.tw. #24 22 and 23 #25 4 and 24 | | | |

7.



6.2 Anexo 2. Bitácoras de búsqueda

| | | |
|--|---|---|
| Tipo de búsqueda | Revisión sistemática de la literatura. | |
| Base de datos | Medline vía PubMed. | |
| Fecha de búsqueda | 29/10/2019. | |
| Rango de fecha de búsqueda | 2014-2019. | |
| Otros límites | Estudio en humanos. | |
| Estrategia de búsqueda (resultados) | <ul style="list-style-type: none"> • "urinary tract infections"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat]: "2019/10/29"[PDat]) • "cystitis"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat]: "2019/10/29"[PDat]) • "uncomplicated lower urinary tract infections"[All Fields] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) • "uncomplicated urinary tract infection"[All Fields] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) • (("urinary tract infections"[MeSH Terms]) OR ("cystitis"[MeSH Terms]) OR ("uncomplicated lower urinary tract infections"[All Fields]) OR ("uncomplicated urinary tract infection"[All Fields])) AND ("diagnosis"[MeSH Terms]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) • ("guideline"[Publication Type] OR "guidelines as topic"[MeSH Terms] OR "guidelines"[All Fields]) AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) • (("urinary tract infections"[MeSH Terms]) OR ("cystitis"[MeSH Terms]) OR ("uncomplicated lower urinary tract infections"[All Fields]) OR ("uncomplicated urinary tract infection"[All Fields])) AND ("diagnosis"[MeSH Terms]) AND (("review"[Publication Type]) OR ("practice guideline"[Publication Type]) OR ("guideline"[Publication Type]) OR ("systematic"[sb])) AND ("2014"[Date - Publication] : "2019/10/29"[Date - Publication]) AND ("humans"[MeSH Terms]) • "Drug Therapy"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) | <p>822</p> <p>184</p> <p>7</p> <p>13</p> <p>3626</p> <p>48435</p> <p>(356)</p> <p>47032</p> |



| | | |
|--|---|---------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • "therapeutics"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) | 145002 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • "Anti-Bacterial Agents"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/10/27"[PDat] : "2019/10/25"[PDat]) | 9022 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • (("urinary tract infections"[MeSH Terms]) OR ("cystitis"[MeSH Terms]) OR ("uncomplicated lower urinary tract infections"[All Fields]) OR ("uncomplicated urinary tract infection"[All Fields])) AND (("drug therapy"[MeSH Terms]) OR ("therapeutics"[MeSH Terms]) OR ("anti bacterial agents"[MeSH Terms]) OR ("antibiotics"[All Fields])) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) | 4057 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • (("urinary tract infections"[MeSH Terms]) OR ("cystitis"[MeSH Terms]) OR ("uncomplicated lower urinary tract infections"[All Fields]) OR ("uncomplicated urinary tract infection"[All Fields])) AND (("drug therapy"[MeSH Terms]) OR ("therapeutics"[MeSH Terms]) OR ("anti bacterial agents"[MeSH Terms]) OR ("antibiotics"[All Fields])) AND (("review"[Publication Type]) OR ("practice guideline"[Publication Type]) OR ("guideline"[Publication Type]) OR ("systematic"[sb])) AND ("2014"[Date - Publication] : "2019/10/29"[Date - Publication]) AND ("humans"[MeSH Terms]) | (568) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • "patient education as topic "[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) | 2177 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • "primary prevention"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) | 4225 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • "health education"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) | 5888 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • "self care"[Mesh] AND ((Review[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2014/01/01"[PDat] : "2019/10/29"[PDat]) | 1655 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • (("urinary tract infections"[MeSH Terms]) OR ("cystitis"[MeSH Terms]) OR ("uncomplicated lower urinary tract infections"[All Fields]) OR ("uncomplicated urinary tract infection"[All Fields])) AND (("patient education as topic"[MeSH Terms]) OR ("primary prevention"[MeSH Terms]) OR ("health education"[MeSH Terms]) OR 21 OR ("self care"[MeSH | (63) |



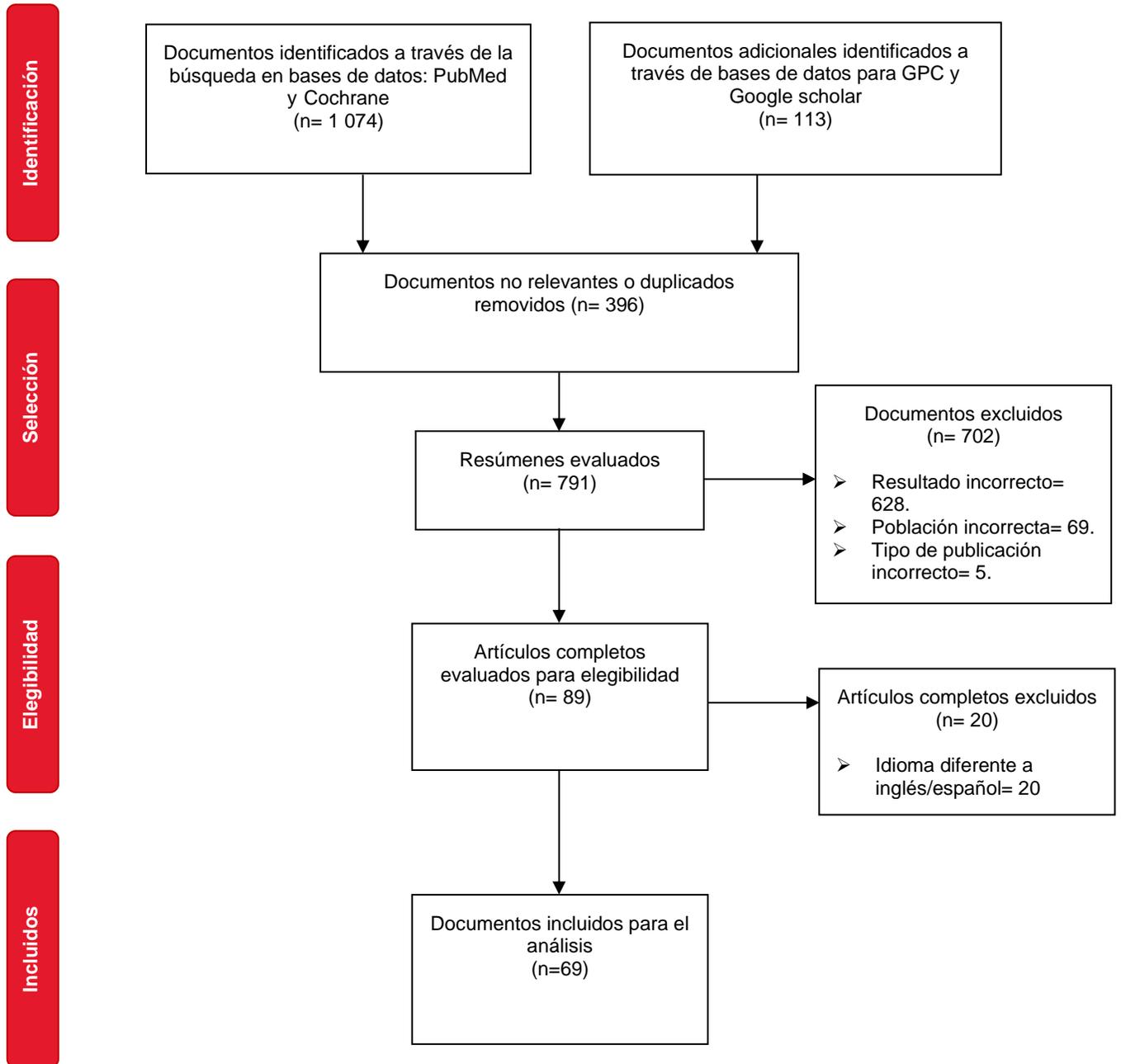
| | | |
|--|---|--|
| | Terms])) AND (("review"[Publication Type]) OR ("practice guideline"[Publication Type]) OR ("guideline"[Publication Type]) OR ("systematic"[sb])) AND ("2014"[Date - Publication] : "2019/10/29"[Date - Publication]) AND ("humans"[MeSH Terms]) | |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|----|
| Tipo de búsqueda | Revisión sistemática de la literatura | |
| Base de datos | Cochrane reviews | |
| Fecha de búsqueda | 31/10/2019 | |
| Rango de fecha de búsqueda | 2014-2019 | |
| Otros límites | Ninguno | |
| Estrategia de búsqueda (resultados) | [mh "Urinary Tract Infections"] OR [mh "Cystitis"] OR ("uncomplicated urinary tract infection"):ti,ab,kw AND [mh "Diagnosis"] - with Cochrane Library publication date from Jan 2014 to Oct 2019, in Cochrane Reviews (Word variations have been searched) | 29 |
| Estrategia de búsqueda (resultados) | [mh "Urinary Tract Infections"] OR [mh "Cystitis"] OR ("uncomplicated urinary tract infection"):ti,ab,kw AND ([mh "Therapeutics"] OR [mh "Anti-Bacterial Agents"]) - with Cochrane Library publication date from Jan 2014 to Oct 2019, in Cochrane Reviews (Word variations have been searched) | 29 |
| Estrategia de búsqueda (resultados) | [mh "Urinary Tract Infections"] OR [mh "Cystitis"] OR ("uncomplicated urinary tract infection"):ti,ab,kw AND ([mh "Primary Prevention"] OR [mh "Self Care"]) - with Cochrane Library publication date from Jan 2014 to Oct 2019, in Cochrane Reviews (Word variations have been searched) | 29 |

| | | |
|--|--|-----|
| Tipo de búsqueda | Revisión sistemática de la literatura | |
| Base de datos | Google Scholar | |
| Fecha de búsqueda | 29/10/2019 | |
| Rango de fecha de búsqueda | 2014-2019 | |
| Otros límites | Ninguno | |
| Estrategia de búsqueda (resultados) | "infeccion de vías urinarias" OR "urinary tract infections" OR "cistitis" OR "cystitis" OR "uncomplicated tract infection" +("guía de práctica clínica" OR "guía" OR "guideline") -"niños" -"embarazo" -"gestante" | 100 |



6.3 Anexo 3. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia





6.4 Anexo 4. Evaluación de calidad de los estudios incluidos

Evaluación de GPC mediante la herramienta AGREE II (29)

Best J, et al. Diagnosis and management of urinary tract infections in the emergency department. *Emerg Med Pract* 2014;16:1–23

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE |
|---------------------------------|------|---|---------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspectos(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 5 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.). | 5 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 6 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 7 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 4 |
| | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| Claridad de la presentación | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| Aplicabilidad | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 7 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 7 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 7 |
| Independencia editorial | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |
| Calificación global: Sí | | | |

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|--|----|----------------------------|----------|
| Nombre de la guía | Best J, et al. Diagnosis and management of urinary tract infections in the emergency department. <i>Emerg Med Pract</i> 2014;16:1–23 | | | SI |
| Criterios de una GPC | Sí | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | SI | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | SI | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | SI | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | SI | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | | NO | Publicada en julio de 2014 | |



Grigoryan L, et al. Diagnosis and management of urinary tract infections in the outpatient setting: A review. *JAMA - J Am Med Assoc* 2014;312:1677–84. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.12842>.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|--|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 5 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 5 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 6 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 6 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 6 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 7 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 6 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 7 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 7 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 7 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |
| Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información. | | | |

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|--|----|------------------------------|----------|
| Nombre de la guía | Grigoryan L, et al. Diagnosis and management of urinary tract infections in the outpatient setting: A review. <i>JAMA - J Am Med Assoc</i> 2014;312:1677–84. https://doi.org/10.1001/jama.2014.12842 . | | | SI |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | | NO | Publicada en octubre de 2014 | |



Cortes JA, et al. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias no complicada en mujeres adquirida en la comunidad. Rev La Fac Med 2015;63:565–81.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 5 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 5 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 5 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 5 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 6 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 5 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 5 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 6 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 5 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 5 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 7 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|---|-----------|--------------------|------------|
| Nombre de la guía | Cortes JA, et al. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias no complicada en mujeres adquirida en la comunidad. Rev La Fac Med 2015;63:565–81. | | | SI, |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en 2015 | |



de Cueto M, et al. Resumen ejecutivo del diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto urinario. Guía de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Enferm Infecc Microbiol Clin 2017;35:314–20.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 6 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 6 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 6 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 7 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 7 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría. | 7 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|--|-----------|---------------------------|------------|
| Nombre de la guía | de Cueto M, et al. Resumen ejecutivo del diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto urinario. Guía de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Enferm Infecc Microbiol Clin 2017;35:314–20. | | | SI, |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en mayo de 2017 | |



Kim KH, et al. 2017 Guidelines of The Korean Association of Urogenital Tract Infection and Inflammation: Acute Uncomplicated Cystitis. Urogenit Tract Infect 2017;12:3.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 6 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 6 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 6 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 6 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 6 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 5 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 5 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 6 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 6 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 6 |
| | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| Aplicabilidad | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 5 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 5 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 5 |
| Independencia editorial | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|--|-----------|--|-----------|
| Nombre de la guía | Kim KH, et al. 2017 Guidelines of The Korean Association of Urogenital Tract Infection and Inflammation: Acute Uncomplicated Cystitis. Urogenit Tract Infect 2017;12:3. | | | SI |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | La aplicabilidad de la guía está limitada por la población de la cual se origina la evidencia. | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |



| | | | |
|-------------------------------|----|--|----------------------------|
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en abril de 2017 |

Beahm NP, et al. The assessment and management of urinary tract infections in adults: Guidelines for pharmacists. *Can Pharm J* 2017;150:298–305.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 6 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 5 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 5 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 5 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 5 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 5 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 5 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 6 |
| Claridad de la presentación | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 5 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 5 |
| | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 6 |
| Aplicabilidad | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 6 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 6 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría. | 5 |
| Independencia editorial | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|--|----|-------------|----------|
| Nombre de la guía | Beahm NP, et al. The assessment and management of urinary tract infections in adults: Guidelines for pharmacists. <i>Can Pharm J</i> 2017;150:298–305. | | | SI |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |



| | | | | |
|--|----|--|---|--|
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | Si, aunque el grupo es muy limitado dado el alcance original de la guía | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en julio de 2017 | |

Kang CI, et al. Clinical practice guidelines for the antibiotic treatment of community-acquired urinary tract infections. Infect Chemother 2018;50:67–100.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 7 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 6 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 6 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 6 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 6 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 6 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? | |
|---|--|--|----|----------|-------------|
| Nombre de la guía | | Kang CI, et al. Clinical practice guidelines for the antibiotic treatment of community-acquired urinary tract infections. Infect Chemother 2018;50:67–100. | | SI | |
| Criterios de una GPC | | Si | No | | Comentarios |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la | | Si | | | |



| | | | | |
|--|----|--|----------------------------|--|
| búsqueda de evidencia primaria? | | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en marzo de 2018 | |

Alvarez DJ, et al. Clinical Practice Guideline for Urinary Tract Infection in Adults 2018. Urol Colomb 2018; 27(02): 126-131.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 6 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 6 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 5 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 6 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 6 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 5 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 5 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 5 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| Claridad de la presentación | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 6 |
| | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 6 |
| Aplicabilidad | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 6 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 5 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 6 |
| Independencia editorial | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|--|----|-------------|----------|
| Nombre de la guía | Alvarez DJ, et al. Clinical Practice Guideline for Urinary Tract Infection in Adults 2018. Urol Colomb 2018; 27(02): 126-131 | | | |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la | Si | | | SI |



| | | | | |
|--|----|--|-------------------|--|
| búsqueda de evidencia primaria? | | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en 2018 | |

Choe H-S, et al. Summary of the UAA-AAUS guidelines for urinary tract infections. *Int J Urol* 2018;25:175–85.

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|--|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 5 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| Claridad de la presentación | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 6 |
| | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 6 |
| Aplicabilidad | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 6 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 5 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 6 |
| Independencia editorial | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |
| Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información. | | | |

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|---|----|-------------|------------|
| Nombre de la guía | Choe H-S, et al. Summary of the UAA-AAUS guidelines for urinary tract infections. <i>Int J Urol</i> 2018;25:175–85. | | | |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la | Si | | | SI, |



| | | | | |
|--|----|--|----------------------------|--|
| búsqueda de evidencia primaria? | | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en marzo de 2018 | |

Bonkat G, et al. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. ISBN 978-94-92671-01-1.



| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 7 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 7 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 7 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría. | 7 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|---|----|----------------------------|-----------|
| Nombre de la guía | Bonkat G, et al. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. ISBN 978-94-92671-01-1. | | | SI |
| Crterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en marzo de 2018 | |



NICE Guideline. Overview | Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE n.d

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 7 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 7 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 7 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría. | 7 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|---|----|------------------------------|----------|
| Nombre de la guía | NICE Guideline. Overview Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing Guidance NICE n.d | | | SI |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en octubre de 2018 | |



NICE Guideline. Overview | Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE n.d

| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 7 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 7 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 7 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 7 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 7 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría. | 7 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|---|----|------------------------------|----------|
| Nombre de la guía | NICE Guideline. Overview Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing Guidance NICE n.d | | | SI |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en octubre de 2018 | |



Anger J, et al. Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. J Urol 2019;202:282–9.



| DOMINIO | ITEM | PREGUNTA | PUNTAJE AGREE II |
|---------------------------------|------|---|------------------|
| Alcance y objetivo | 1 | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 2 | Lo(s) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 |
| | 3 | La población (pacientes, público, etc.) a quien se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 |
| Participación de los implicados | 4 | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 |
| | 5 | Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc). | 7 |
| | 6 | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 |
| Rigor en la elaboración | 7 | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 7 |
| | 8 | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad | 7 |
| | 9 | Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritos | 7 |
| | 10 | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 7 |
| | 11 | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 7 |
| | 12 | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 7 |
| | 13 | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 7 |
| Claridad de la presentación | 14 | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 6 |
| | 15 | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 6 |
| | 16 | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | 7 |
| Aplicabilidad | 17 | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 |
| | 18 | La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 5 |
| | 19 | La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica | 7 |
| | 20 | Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos. | 7 |
| Independencia editorial | 21 | La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría. | 7 |
| | 22 | Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía | 7 |
| | 23 | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | 7 |

Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información.

| Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia | | | | ¿Cumple? |
|---|---|----|-----------------------------|-----------|
| Nombre de la guía | Anger J, et al. Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. J Urol 2019;202:282-9. | | | SI |
| Criterios de una GPC | Si | No | Comentarios | |
| ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada? | Si | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria? | Si | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | Si | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | Si | | | |
| ¿Año de publicación ≤ 4 años? | Si | | Publicada en agosto de 2019 | |



Evaluación de revisiones sistemáticas mediante la herramienta AMSTAR (28)

| Criterio | Naber KG et al, 2014 | Huttner A, 2015 | Gutiérrez-Castrellón P et al, 2015 | Fu Z et al, 2017 |
|---|----------------------|-----------------|------------------------------------|------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Si | Si | Si | Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Si | Si | Si | Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | Si | Si | Si | Si |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | Si | Si | Si | Si |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No | No | No | No |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Alta | Alta | Alta | Alta |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Gbinigie OA, 2018 | Takhar SS et al, 2014 | Abbo LM, 2014 | Pezzlo M, 2014 |
|---|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Si | Parcial Si | Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Si | Parcial Si | Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Si | Parcial Si | Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Si | Parcial Si | Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | Si | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | Si | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Alta | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas por baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Shakti L et al, 2015 | Kumar S et al, 2015 | Prieto L et al, 2015 | Aydin A et al, 2015 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Si | Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Si | Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Si | Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Si | Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Alta | Alta |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

Revisiones incluidas

Revisiones no incluidas por



| Criterio | Detweiler K et al, 2015 | Robinson D et al, 2015 | Flores-Mireles AL et al, 2015 | Stalenhoef JE et al, 2015 |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | El Sakka N El et al, 2016 | Pietrucha- Dilanchian P et al, 2016 | DTB CME/CPD, 2016 | Peri L, 2016 |
|---|---------------------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Nicolle LE, 2016 | Pitout JD et al, 2016 | Gupta K et al, 2017 | Quinlan JD et al, 2017 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

Revisiones incluidas

Revisiones no incluidas por



| Criterio | Bader MS et al, 2017 | Kranz J et al, 2017 | Cortes-Penfield NW et al, 2017 | Caron F et al, 2017 |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Costantini E et al, 2017 | Kranz J et al, 2017 | Long B et al, 2018 | Oyaert M et al, 2018 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Chu CM et al, 2018 | Lee SJ et al, 2018 | Sihra N et al, 2018 | Waller TA et al, 2018 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Schutz D et al, 2018 | Smith AL et al, 2018 | Kranz J et al, 2018 | Brubaker L et al, 2018 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Si | Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Si | Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Si | Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Si | Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Alta | Alta | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas por baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Kranz J et al, 2018 | Yuste A, 2018 | Ayers J et al, 2018 | Lee H et al, 2018 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Alta | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Dubbs SB, 2019 | Kolman KB et al, 2019 | Markowitz MA et al, 2019 | Beyer AK et al, 2019 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si | Parcial Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Moderada | Moderada | Moderada |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas. baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



| Criterio | Abou Heidar NF et al, 2019 | Tan CW et al, 2016 | Rowe TA et al, 2014 | Hanretty AM et al, 2018 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de PICO? | Si | Si | Si | Si |
| 2. ¿El informe de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos de revisión se establecieron antes de la realización de la revisión y el informe justificó alguna desviación significativa del protocolo? | Parcial Si | Si | Si | Si |
| 3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión? | Parcial Si | Si | Si | Si |
| 4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura? | Si | Si | Si | Si |
| 5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios en duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado? | Si | Si | Si | Si |
| 7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones? | Parcial Si | Si | Si | Si |
| 8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle adecuado? | Si | Si | Si | Si |
| 9. ¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en estudios individuales que se incluyeron en la revisión? | Parcial Si | Si | Si | Si |
| 10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 11. Si se realizó el metaanálisis, ¿utilizaron los revisores los métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? | No se condujo metaanálisis |
| 12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial de RoB en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia? | No se condujo metaanálisis |
| 13. ¿Los autores de la revisión tomaron en cuenta el RoB en los estudios primarios al interpretar / discutir los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| 15. Si realizaban síntesis cuantitativa, ¿Los autores de la revisión llevan a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación y discuten su probable impacto en los resultados de la revisión? | No se condujo metaanálisis |
| 16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluidos los fondos que recibieron para realizar la revisión? | Si | Si | Si | Si |
| Calidad global† | Moderada | Si | Alta | Alta |

†Revisiones sistemáticas con puntaje menor a 8 fueron excluidas por baja calidad

 Revisiones incluidas

 Revisiones no incluidas por



Evaluación de estudios observacionales mediante la herramienta Newcastle – Ottawa

Kulchavenya E. Acute uncomplicated cystitis: is antibiotic unavoidable? Ther Adv Urol. 2018;10(9):257–262.

| DOMINIO | PREGUNTA | ITEM | PUNTAJE |
|--|--|---|---------|
| Selección | Representatividad de la cohorte de expuestos | Verdadera representatividad de los pacientes de la pregunta | 1 |
| | | Alguna representatividad de los pacientes de la pregunta | |
| | | Grupo seleccionados enfermeras, voluntarios | |
| | Representatividad de la cohorte de no expuestos | No hay descripción de la derivación de la cohorte | |
| | | Extraída de la misma comunidad que la cohorte expuesta | 1 |
| | | Extraído de una fuente diferente | |
| | Verificación de la exposición | No hay descripción de la derivación de la cohorte | |
| | | Registro seguro | 1 |
| | | Entrevista estructurada | |
| | | Autoinforme escrito | |
| Demostración de que el resultado de interés no estaba presente al comienzo del estudio | Sin descripción | | |
| | Si | 1 | |
| | No | | |
| Comparabilidad | La comparabilidad de las cohortes está basada en el diseño o en el análisis | Estudio está controlado por edad, sexo, estado marital | 0 |
| | | Estudio está controlado por factores adicionales | |
| Desenlace | Evaluación del resultado | Evaluación ciega independiente | |
| | | Registros | 1 |
| | | Auto reporte | |
| | | Otro/no descrito | |
| | Fue el seguimiento lo suficientemente largo para la ocurrencia de los desenlaces | Si | 1 |
| | | No | |
| | El seguimiento de las cohortes fue apropiado | Seguimiento completo | 1 |
| Los sujetos perdidos en el seguimiento introducen sesgos | | | |
| Tasa de seguimiento < 80% | | | |
| | | Sin información | |
| Total | | | 7 |
| Calificación global: sí, con recomendaciones. Contiene información relevante sobre aspectos clínicos y de tratamiento de la faringoamigdalitis. Se recomendaría mayor amplitud en la búsqueda, tamización y selección de información. | | | |



6.5 Anexo 5. Características de los documentos incluidos y excluidos (tamización)

| Autor y año | Título | Tipo de estudio | Origen | Número de muestra (M/H) | Hallazgos principales | Observaciones |
|---|---|----------------------|----------------|---|---|---------------|
| Naber KG et al, 2014 (95) | Review of the literature and individual patients' data meta-analysis on efficacy and tolerance of nitroxoline in the treatment of uncomplicated urinary tract infections. | Metaanálisis | Alemania | 466 mujeres | El nitroxoline en comparación a cotrimoxazole y norfloxacin es equivalente para la eliminación de bacteriuria. | |
| Best J et al, 2014 (43) | Diagnosis and management of urinary tract infections in the emergency department. | Guía | Estados Unidos | No aplica | Diagnóstico basado en historia clínica - tratamiento no complicada primera línea nitrofurantoina 100 mg /12 h por 5 días - tmp/sm 160 - 800 mg /12 horas resistencia menor 20% - fosfomicina 3 gr día | |
| Grigoryan L et al, 2014 (84) | Diagnosis and management of urinary tract infections in the outpatient setting: a review. | Guía | Estados Unidos | No aplica | Diagnóstico basado en al menos 2 síntomas sin flujo vaginal probabilidad del 90% - tratamiento no complicada primera línea fosfomicina 3 gr día nitrofurantoina 100 mg /12 h por 5 días - tmp/sm 160 - 800 mg /12 horas | |
| Mody L, 2014 (64) | Urinary tract infections in older women: a clinical review. | Revisión sistemática | Estados Unidos | Mujeres mayores de 65 años | La tira de orina para descartar no para diagnóstico, tratamiento inicial sin uso de antibióticos, recomendaciones de no uso de diuréticos, ingesta de líquidos. | |
| Rowe TA et al, 2014 (63) | Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. | Revisión sistemática | Estados Unidos | Mujeres mayores de 65 años y hombres mayores de 60 años | Diagnóstico basado en síntomas, uso de la tira de orina, tratamiento con tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días - nitrofurantoina 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día. | |
| Takhar SS et al, 2014 (70) | Diagnosis and management of urinary tract infection in the emergency department and outpatient settings. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, uso de uroanálisis, nitrofurantoina 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Abbo LM et al, 2014 (49) | Antimicrobial stewardship and urinary tract infections. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, regímenes cortos menores efectos adversos iguales tasas de curación nitrofurantoina 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Pezzlo M, 2014 (96) | Laboratory diagnosis of urinary tract infections: guidelines, challenges, and innovations | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico urocultivo, tiras reactivas. | |
| Shakti L et al, 2015 (71) | Advantage and limitations of nitrofurantoin in multi-drug resistant Indian scenario. | Revisión | India | Sin información | Resistencia de la nitrofurantoina en consulta externa 24-80% en indica. | |
| Huttner A et al, 2015 (72) | Nitrofurantoin revisited: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. | Metaanálisis | Estados Unidos | 4807 pacientes | Nitrofurantoina en esquema reducido de 5 días igual de efectivo a 7 días con menores efectos adversos, la dosis de menos de 5 días tiene una efectividad reducida. | |
| Gutiérrez-Castrellón P et al, 2015 (89) | [Efficacy and safety of ciprofloxacin treatment in urinary tract infections (UTIs) in adults: a systematic review with meta-analysis]. | Metaanálisis | México | Sin información | La ciprofloxacina es segura y efectiva para el tratamiento de IVU con similar riesgo de resistencia. | |



| Autor y año | Título | Tipo de estudio | Origen | Número de muestra (M/H) | Hallazgos principales | Observaciones |
|---|---|-----------------|----------------|-------------------------|--|---------------|
| Kumar S et al, 2015 (50) | Urinary tract infections. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas y uroanálisis, tratamiento con nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día. | |
| Prieto L et al, 2015 (54) | Consensus document of the Spanish Urological Association on the management of uncomplicated recurrent urinary tract infections. | Revisión | España | Sin información | Diagnóstico y tratamiento en IVU recurrente 3 episodios no complicados urocultivo positivo en los últimos 12 meses sin anomalías estructurales medidas educativas, primera opción fosfomicina 3 gr dosis única, segunda opción tmp/s si resistencia menor 20% para <i>E. coli</i> , quinolonas, tercera opción nitrofurantoina 5-7 días, no se indica urocultivo de control, sin síntomas no mejoran en 3 días o reaparecen en 2 semanas se deben realizar estudios adicionales. | |
| Aydin A et al, 2015 (90) | Recurrent urinary tract infections in women. | Revisión | Reino Unido | Sin información | Diagnóstico y tratamiento en IVU recurrente, medidas educativas, si hay factores de riesgo derivar, si es no complicada tratar, urocultivo de control en 2 semanas, profilaxis antibiótica con tmp/s, profilaxis no farmacológica, profilaxis medidas experimentales. | |
| Detweiler K et al, 2015 (51) | Bacteruria and Urinary Tract Infections in the Elderly. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico y tratamiento en ancianos, pacientes institucionalizados y con catéteres. Primera opción tmp/s - Nitrofurantoina, estudios laboratorios sugeridos si hay factores de riesgo. | |
| Robinson D et al, 2015 (52) | The management of urinary tract infections in octogenarian women. | Revisión | Reino Unido | Sin información | Diagnóstico, tratamiento y profilaxis en octogenarias, uso de tira para asegurar el diagnóstico, estudios de mayor complejidad si hay factores de riesgo, tratamiento tmp/s - nitrofurantoina, profilaxis antibiótica, uso de estrógenos en recurrencias. | |
| Flores-Mireles AL et al, 2015 (6) | Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Fisiopatología, tratamiento tmp, revisión resistencia | |
| Stalenhoef JE et al, 2015 (73) | Febrile urinary tract infection in the emergency room. | Revisión | Países bajos | Sin información | Revisión diagnostico con síntomas y uroanálisis y tratamiento en urgencias y un apartado de tratamiento ambulatorio, tratamiento nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día. | |
| Cortés JA et al, 2015 (97) | Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias no complicada en mujeres adquirida en la comunidad. | Guía | Colombia | Sin información | Diagnóstico con 3 o más síntomas urinarios sin síntomas vaginales, tratamiento empírico, dos o menos síntomas gram de orina sin centrifugar si es positivo tratamiento si es negativo tira reactiva si es positiva tratamiento, tratamiento, nitrofurantoina, fosfomicina, amoxicilina- clavulánico, cefalexina 5-7 días | |
| El Sakka N El et al, 2016 (85) | Role of old antimicrobial agents in the management of urinary tract infection. | Revisión | Reino Unido | Sin información | Revisión de opciones de tratamiento temocilina, fosfomicina | |
| Pietrucha-Dilanchian P et al, 2016 (53) | Diagnosis, Treatment, and Prevention of Urinary Tract Infection. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Revisión de diagnóstico basado en síntomas, prueba rápida con tira reactiva para nitritos y leucocitos, tratamiento nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día, profilaxis intermitente, profilaxis continua, tratamiento de recurrencias en mujeres postmenopáusicas. | |



| Autor y año | Título | Tipo de estudio | Origen | Número de muestra (M/H) | Hallazgos principales | Observaciones |
|---|---|-----------------|----------------|-------------------------|--|---------------|
| DTB CME/CPD, 2016 (65) | Fosfomycin for UTIs. | Revisión | Reino Unido | Sin información | Revisión sobre los estudios que soportan la evidencia del uso de la fosfomicina en IVU. | |
| Peri L, 2016 (74) | Fighting urinary tract infections with antibiotic and non-antibiotic therapies. | Revisión | España | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas y tira reactiva, tratamiento con nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día. | |
| Nicolle LE, 2016 (55) | Urinary Tract Infections in the Older Adult. | Revisión | Canadá | Sin información | Diagnóstico, tratamiento y profilaxis en ancianos, Uso de tira para asegurar el diagnóstico, estudios de mayor complejidad si hay factores de riesgo, tratamiento tmp/s - nitrofurantoína, profilaxis antibiótica. | |
| Pitout JD et al, 2016 (86) | Tackling antimicrobial resistance in lower urinary tract infections: treatment options. | Revisión | Canadá | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas y tira reactiva, tratamiento con nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día. | |
| Tan CW et al, 2016 (33) | Urinary tract infections in adults. | Revisión | Finlandia | Sin información | Clasificación basada en la severidad según ORENUC, diagnostico por síntomas, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día | |
| Gupta K et al, 2017 (61) | Urinary Tract Infection. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días | |
| Quinlan JD et al, 2017 (75) | Recurrent UTIs in women: How you can refine your care. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| de Cueto M, 2017 (34) | Resumen ejecutivo del diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto urinario. Guía de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). | Guía | España | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Bader MS et al, 2017 (35) | An update on the management of urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. | Revisión | Canadá | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Kranz J et al, 2017 (57) | Uncomplicated Bacterial Communityacquired Urinary Tract Infection in Adults. | Revisión | Alemania | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Cortes- Penfield NW et al, 2017 (36) | Urinary Tract Infection and Asymptomatic Bacteriuria in Older Adults. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Caron F et al, 2017 (88) | The comeback of trimethoprim in France. | Revisión | Francia | Sin información | Revisión de los estudios con información sobre tmp en Europa para tratamiento y profilaxis. | |
| Costantini E et al, 2017 (69) | The role of nonantibiotic treatment of community-acquired urinary tract infections. | Revisión | Italia | Sin información | Revisión de tema sobre opciones de tratamiento no antibiótico en IVU. | |



| Autor y año | Título | Tipo de estudio | Origen | Número de muestra (M/H) | Hallazgos principales | Observaciones |
|----------------------------|---|-----------------|----------------|-------------------------|---|----------------------------|
| Kranz J et al, 2017 (76) | The revival of old antibiotics for treatment of uncomplicated urinary tract infections in the era of antibiotic stewardship. | Revisión | Alemania | Sin información | Revisión de tema sobre opciones de tratamiento antibiótico en IVU las alternativas usuales tmp/s, nitrofurantoína, fosfomicina, seguridad, efectividad y efectos adversos. | |
| Kim K et al, 2017 (59) | 2017 Guidelines of The Korean Association of Urogenital Tract Infection and Inflammation: Acute Uncomplicated Cystitis. | Guía | Korea | Sin información | Guía del tratamiento de infecciones urinarias en Corea diagnóstico de IVU no complicada por síntomas tratamiento nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Beahm NP et al, 2017 (37) | The assessment and management of urinary tract infections in adults: Guidelines for pharmacists. | Guía | Canadá | Sin información | Guía del tratamiento de infecciones urinarias para farmacias diagnóstico de IVU no complicada por síntomas tratamiento nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Fu Z et al, 2017 (91) | Cranberry Reduces the Risk of Urinary Tract Infection Recurrence in Otherwise Healthy Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. | Metaanálisis | Estados Unidos | 1 498 pacientes | Metaanálisis sobre el uso de cranberry reduce el riesgo de IVU recurrente 26% (risk ratio: 0.74; 95% CI: 0.55, 0.98; I2 = 54%) | Tratamiento no antibiótico |
| Long B et al, 2018 (38) | The Emergency Department Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Gbinigie OA, 2018 (66) | Diagnostic value of symptoms and signs for identifying urinary tract infection in older adult outpatients: Systematic review and meta-analysis. | Metaanálisis | Reino Unido | 12 039 pacientes | Metaanálisis de los signos y síntomas y sus características operativas (sensibilidad, especificidad) en pacientes ancianos se recalca la dificultad en el diagnóstico y la importancia de evaluación adecuada de síntomas y funcionalidad. | |
| Oyaert M et al, 2018 (39) | Laboratory diagnosis of urinary tract infections: Towards a BILULU consensus guideline. | Revisión | Bélgica | Sin información | Revisión de tema sobre aspectos preanalíticos, analíticos y de interpretación del uroanálisis, puntos de corte y aplicación clínica. | |
| Chu CM et al, 2018 (40) | Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Revisión de tema sobre diagnósticos, probabilidades pretest y pos-tests de síntomas y pruebas de laboratorio, solo en mujeres, tratamiento nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Lee SJ et al, 2018 (77) | Recent advances in managing lower urinary tract infections. | Revisión | Korea | Sin información | Revisión de tema sobre diferentes aspectos de diagnóstico y tratamiento. | |
| Sihra N et al, 2018 (98) | Nonantibiotic prevention and management of recurrent urinary tract infection. | Revisión | Reino Unido | Sin información | Revisión de fisiopatología, tratamientos no farmacológicos y tratamiento en estudio | |
| Waller TA et al, 2018 (62) | Urinary Tract Infection Antibiotic Resistance in the United States. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Schutz D et al, 2018 (78) | Outpatient Treatment of Uncomplicated Urinary Tract Infections in the Emergency Department. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |



| Autor y año | Título | Tipo de estudio | Origen | Número de muestra (M/H) | Hallazgos principales | Observaciones |
|---------------------------------|--|----------------------|----------------|-------------------------|---|---------------|
| Smith AL et al, 2018 (5) | Treatment and Prevention of Recurrent Lower Urinary Tract Infections in Women: A Rapid Review with Practice Recommendations. | Revisión | Estados Unidos | Solo mujeres | Diagnóstico y tratamiento en IVU recurrente medidas educativas, primera opción fosfomicina 3 gr dosis única, segunda opción tmp/s si resistencia menor 20% para <i>E. coli</i> , quinolonas, tercera opción nitrofurantoína 5-7 días, no se indica urocultivo de control, sin síntomas no mejoran en 3 días o reaparecen en 2 semanas se deben realizar estudios adicionales. | |
| Hanretty AM et al, 2018 (79) | Shortened Courses of Antibiotics for Bacterial Infections: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. | Revisión sistemática | Estados Unidos | Sin información | Revisión de las opciones de tratamientos reducidos en diferentes escenarios en IVU no complicada se revalida la indicación de nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Kranz J et al, 2018 (80) | The 2017 Update of the German Clinical Guideline on Epidemiology, Diagnostics, Therapy, Prevention, and Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections in Adult Patients. Part II: Therapy and Prevention. | Revisión | Alemania | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, diferentes escenarios y condiciones no complicadas y complicadas. | |
| Brubaker L et al, 2018 (41) | American Urogynecologic Society Best-Practice Statement: Recurrent Urinary Tract Infection in Adult Women. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Kranz J et al, 2018 (58) | The 2017 Update of the German Clinical Guideline on Epidemiology, Diagnostics, Therapy, Prevention, and Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections in Adult Patients: Part 1. | Revisión | Alemania | Sin información | Indicaciones de tratamiento nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Kang CI et al, 2018 (42) | Clinical practice guidelines for the antibiotic treatment of community-acquired urinary tract infections. | Guía | Korea | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Villarraga JDA et al, 2018 (60) | Clinical Practice Guideline for Urinary Tract Infection in Adults. | Guía | Colombia | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, no uso de uroanálisis, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Yuste A, 2018 (44) | Protocolo de tratamiento empírico de las infecciones urinarias. | Revisión | España | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Kulchavenya E, 2018 (92) | Acute uncomplicated cystitis: is antibiotic unavoidable? | Cohortes | Rusia | 29 mujeres | Tratamiento no antibiótico 5 días con curación 86,2%. | |
| Ayers J et al, 2018 (45) | Antimicrobial Stewardship Efforts to Improve Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections in the Ambulatory Care Setting: a Review. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Revisión de tema sobre la importancia de medidas como diagnóstico apropiado, restricción de antibióticos y tratamiento dirigido para disminuir la resistencia. | |



| Autor y año | Título | Tipo de estudio | Origen | Número de muestra (M/H) | Hallazgos principales | Observaciones |
|-------------------------------|---|-----------------|----------------|-------------------------|---|---|
| Choe HS et al, 2018 (56) | Summary of the UAA-AAUS guidelines for urinary tract infections. | Guía | Korea-Japón | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Bonkat G et al, 2018 (32) | EAU Guidelines on Urological Infections 2018. | Guía | Europa | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, uso de tira, fosfomicina 3 gr día, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| Lee H et al, 2018 (46) | Urinary Tract Infections. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Revisión de tema Diagnóstico basado en síntomas, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| NICE Guideline, 2018 (81) | Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing. | Guía | Reino Unido | Sin información | Tratamiento IVU no complicada nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, fosfomicina 3 gr día, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días. | |
| NICE guideline, 2018 (93) | Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing. | Guía | Reino Unido | Sin información | Tratamiento recurrencias nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas. | |
| NICE guideline, 2018 (94) | Urinary tract infections overview. | Algoritmo | Reino Unido | Sin información | Algoritmo de diagnóstico y tratamiento. | |
| Dubbs SB, 2019 (82) | Evaluation and Management of Urinary Tract Infection in the Emergency Department. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, uso de tira, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día, quinolonas no recomendadas. | |
| Anger J et al, 2019 (67) | Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. | Guía | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico y tratamiento de IVU recurrente, para no complicada basado en examen físico, uroanálisis, urocultivo, tratamiento primera línea nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día, medidas no farmacológicas de autocuidado. | |
| Kolman KB et al, 2019 (47) | Cystitis and Pyelonephritis: Diagnosis, Treatment, and Prevention. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas, urocultivo solo si es para postmenopáusicas, pielonefritis, IVU recurrente, tratamiento primera línea nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, quinolonas, cefalosporinas de 1a generación solo si no hay otra opción disponible. | |
| Markowitz MA et al, 2019 (48) | Lack of uniformity among United States recommendations for diagnosis and management of acute, uncomplicated cystitis. | Revisión | Estados Unidos | Sin información | Diagnóstico basado en síntomas y uso de tira, excepto para pacientes con síntomas típicos, recurrencias o no búsqueda de diagnósticos alternos, tratamiento primera línea nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, quinolonas, cefalosporinas de 1a generación solo si no hay otra opción disponible. | |
| Malmros K et al, 2019 (83) | Comparison of antibiotic treatment guidelines for urinary tract infections in 15 European countries: Results of an online survey. | Encuesta | Europa | Sin información | Encuesta sobre el tratamiento de pacientes con IVU no complicada revisión de las opciones terapéuticas y dosis de primera y segunda línea, dificultades dada la disponibilidad de moléculas. | Sería ideal para dejarlo dentro de la información de la dificultad para recomendar tratamientos en los lineamientos |



| Autor y año | Título | Tipo de estudio | Origen | Número de muestra (M/H) | Hallazgos principales | Observaciones |
|---------------------------------|--|-----------------|-------------------------|-------------------------|---|---------------|
| Beyer AK et al, 2019 (99) | Validity of microscopy for diagnosing urinary tract infection in general practice - a systematic review. | Revisión | Dinamarca | 4 582 pacientes | Revisión de estudios sobre el uso del análisis microscópico para el diagnóstico de IVU sin encontrar evidencia de utilidad en pacientes con síntomas típicos en patología no complicada. | |
| Abou Heidar NF et al, 2019 (68) | Management of urinary tract infection in women: A practical approach for everyday practice. | Revisión | Beirut - Estados Unidos | Sin información | Revisión de las recomendaciones de diagnóstico basado en síntomas, evaluación de factores de riesgo, tratamiento primera línea nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días, tmp/s 160 /800 mg /12 horas 3 días, fosfomicina 3 gr día, quinolonas no recomendadas. | |



6.6 Anexo 6. Disponibilidad de tecnologías en salud en Colombia

6.6.1 Disponibilidad en Colombia de tecnologías en salud para el diagnóstico de IVU bajas no complicada

| Código | Procedimiento | Estado de financiación con recursos de la UPC |
|--------|--|---|
| 901107 | Coloración GRAM y lectura para cualquier muestra | Financiado con recursos de la UPC |
| 907106 | Uroanálisis | Financiado con recursos de la UPC |
| 901235 | Urocultivo (antibiograma de disco) incluye: recuento de colonias, identificación de género o especie | Financiado con recursos de la UPC |
| 901236 | Urocultivo (antibiograma concentración mínima inhibitoria automatizado) incluye: recuento de colonias, identificación género o especie | Financiado con recursos de la UPC |
| 901237 | Urocultivo (antibiograma concentración mínima inhibitoria manual) | Financiado con recursos de la UPC |

6.6.2 Disponibilidad en Colombia de tecnologías en salud para el tratamiento de IVU bajas no complicada

| Medicamentos | Disponibilidad local de la tecnología | Estado de financiamiento con recursos de la UPC |
|--|--|--|
| Monohidrato/macrocristales de nitrofurantoina 50 -100 mg | Comercializado (Registros vigentes y en trámite de renovación) | Financiado con recursos de la UPC |
| Monohidrato/macrocristales de nitrofurantoina 50 -100 mg (liberación modificada) | Comercializado (Registros vigentes y en trámite de renovación) | No financiado con recursos de la UPC |
| Fosfomicina trometamol 3 g | Comercializado (Registros vigentes y en trámite de renovación) | No financiado con recursos de la UPC |
| Amoxicilina-clavulanato 500/125 mg | Comercializado (Registros vigentes y en trámite de renovación) | Financiado con recursos de la UPC para el tratamiento de neumonía |
| Cefalexina 500 mg | Comercializado (Registros vigentes y en trámite de renovación) | Financiado con recursos de la UPC |
| Pivmecillinam hidrocloreuro 200-400 mg | No comercializado (no se evidencian registros sanitarios) | N/A |
| Nitroxolina 50 mg | No comercializado (no se evidencian registros sanitarios) | N/A |

6.7 Anexo 7. Informe del proceso de participación

Introducción



Esta actividad se desarrolló en el marco del contrato interadministrativo N° 727 de 2019 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, el cual tiene entre sus finalidades desarrollar lineamientos orientados al diagnóstico de faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes para la adecuada prescripción de antibióticos, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

En este documento se presentan los actores clave identificados, invitados y participantes del proceso de participación y deliberación de acuerdo con su categoría como actor del sistema y su área de experticia y conocimiento.

Objetivo

Desarrollar lineamientos orientados al diagnóstico adecuado y oportuno del primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas e inmunocompetentes, para el uso racional de antibióticos, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

Metodología

Se realizó un proceso sistemático, transparente y participativo, cuya ejecución estuvo a cargo de un grupo desarrollador conformado por expertos temáticos y expertos en síntesis de evidencia científica donde se identificó la mejor información disponible que junto con las experiencias de la práctica clínica, permitieron generar las indicaciones más adecuadas para este lineamiento.

La sesión se llevó a cabo mediante la metodología de panel de expertos, en el cual se analizaron las preguntas orientadoras con base en la evidencia y en la experticia clínica.

Lineamientos y algoritmos

Temas relevantes de la reunión:

En este lineamiento se realizaron tres preguntas que planteamos a continuación:

Pregunta 1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno del primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Pregunta 2. ¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Pregunta 3. ¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes con el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada



en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Identificación y convocatoria de actores clave

Se identificaron entidades, asociaciones y profesionales con experiencia y conocimiento en el tema objeto de este lineamiento y se convocaron mediante invitación formal.

Los invitados y asistentes al panel llevado a cabo el día 20 de noviembre de 2019 se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Lista de invitados y asistentes al panel de expertos

| Entidad convocada | Fecha de solicitud | Delegado | Fecha de delegación | Participó Si/No |
|--|--------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------|
| Asociación Colombiana de Infectología ACIN | 30/10/2019 | Jorge Alberto Cortés Luna | 12/11/2019 | Si |
| | | Sandra Valderrama | 01/11/2019 | No |
| Sociedad Colombiana de Medicina Familiar SOCMEF | 30/10/2019 | Natalia Aguirre | 01/11/2019 | Si |
| | | Claudia Criollo | No contestó | No |
| | | Jhon Jair Ochoa | 01/11/2019 | Si |
| | | Ximena Castro | 01/11/2019 | Si |
| | | José Vicente Bohórquez | 01/11/2019 | Si |
| Sociedad Colombiana de Médicos Generales SOCOMEG | 30/10/2019 | Leonardo Sánchez | 01/11/2019 | No |
| | | Camilo Arenas | No confirma asistencia | No |
| Colegio Nacional de Bacteriología - CNB | 30/10/2019 | Silvia Eugenia Campusano Fernández | 01/11/2019 | Si |
| MSPS | - | Leidy Tatiana Orjuela Rodríguez | - | Si |
| IETS | - | Adriana María Robayo García | - | Si |
| IETS | - | Kelly Estrada | - | Si |
| IETS | - | Fabio A. Sierra Matamoros | - | Si |
| IETS | - | Erika León Guzmán | - | Si |
| IETS | - | Ani Julieth Cortés | - | Si |
| IETS | - | Luz Karime Osorio Arango | - | Si |
| IETS | - | Ana Milena Herrera Torres | - | Si |
| IETS | - | José Leonardo Gómez Gómez | - | Si |
| IETS | - | Carlos Andrés Pinto | - | Si |
| IETS | - | Marisol Carreño | - | Si |

Política de transparencia



Para garantizar la transparencia de los procesos, todos los actores involucrados en los diferentes proyectos adelantados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) deben declarar sus intereses, mediante el diligenciamiento del formato establecido para ello, disponible en la página web del Instituto en el siguiente enlace: <http://herramientas.iets.org.co/declaracion/home.aspx> En algunos casos y dependiendo del proceso que se esté llevando a cabo, se diligenciarán acuerdos de confidencialidad. En todos los casos, la persona deberá anexar una copia de su hoja de vida actualizada.

Los formatos diligenciados con los intereses declarados por los participantes de cada proyecto son analizados por un comité conformado para tal fin, el cual emite una calificación sobre los potenciales intereses en conflicto identificados, estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados y de acuerdo con la calificación determina la participación de los actores en el proceso.

Según el Reglamento de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses del IETS, disponible en el siguiente enlace: <http://www.iets.org.co/quienes-somos/Documents/Reglamento%20Conflicto.pdf>

La clasificación dada por el comité supone:

| Categoría | Definición | Implicación |
|-----------|---|--|
| A | Identifica el conflicto como INEXISTENTE. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés particular o cuando se declara algún interés que no guarda ninguna relación con el tema en discusión o en deliberación. | Se permite la participación de la persona en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida. |
| B | Identifica el conflicto como PROBABLE. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso. | Se permite una participación limitada en los procesos en los que se identifique que su participación no estará afectada por el conflicto. |
| C | 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. | No se permite la participación de la persona en el desarrollo de una temática específica o de todas las temáticas debido a la naturaleza de sus intereses. |

N: No declara

Evaluación Comité de conflictos de intereses

La siguiente fue la calificación emitida por el Comité de conflictos de intereses a la información referida por los expertos del grupo, en su declaración de intereses:

| Entidad convocada | Delegado | Calificación |
|--|---------------------------|--------------|
| Asociación Colombiana de Infectología ACIN | Jorge Alberto Cortés Luna | A |
| | Sandra Valderrama | N |





| Entidad convocada | Delegado | Calificación |
|--|------------------------------------|---------------------|
| Sociedad Colombiana de Medicina Familiar SOCMEF | Natalia Aguirre | A |
| | Claudia Criollo | A |
| | Jhon Jair Ochoa | A |
| | Ximena Castro | A |
| | José Vicente Bohórquez | A |
| Sociedad Colombiana de Médicos Generales SOCOMEG | Leonardo Sánchez | A |
| | Camilo Arenas | A |
| Colegio Nacional de Bacteriología - CNB | Silvia Eugenia Campusano Fernández | A |
| MSPS | Leidy Tatiana Orjuela Rodríguez | No es necesario DCI |
| IETS | Adriana María Robayo García | A |
| IETS | Kelly Estrada | A |
| IETS | Fabio A. Sierra Matamoros | A |
| IETS | Erika León Guzmán | A |
| IETS | Ani Julieth Cortés | A |
| IETS | Luz Karime Osorio Arango | A |
| IETS | Ana Milena Herrera Torres | A |
| IETS | José Leonardo Gómez Gómez | A |
| IETS | Carlos Andrés Pinto | A |
| IETS | Marisol Carreño | A |

A continuación, se muestra el listado de asistencia al panel de expertos.



LISTADO ASISTENCIA A REUNIONES

Objetivo: Lineamientos Anticovid-19

Fecha: 30 Noviembre 2020 Hora de inicio: 08:00 PM Hora de finalización: _____ Lugar: _____

| N° | NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD | TELEFONO EXL | E-MAIL | FIRMA |
|----|-----------------------|---------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | Natalia Aguirre | Med Familiar | SCIVER | 3123651923 | natalia326@hotmail.com | <i>Natalia Aguirre</i> |
| 2 | Sergio Caceres | Quimico | UPB | 348894032 | silvicio@upb.edu.pe | <i>Sergio Caceres</i> |
| 3 | Carlos Andres Pinto | Epidemiologo | IETS | 3142070068 | cpinto@iets.org.pe | <i>Carlos Pinto</i> |
| 4 | Marcos Ernesto Lopez | Epidemiologo | IETS | 3482853104 | marco@iets.org.pe | <i>Marcos Lopez</i> |
| 5 | Ami Joseph Castel | Epidemiologo | IETS | 30041388496 | ami.castel@iets.org.pe | <i>Ami Castel</i> |
| 6 | Enzo del Valle | Epidemiologo | IETS | 3055961333 | enzo.valle@iets.org.pe | <i>Enzo Valle</i> |
| 7 | Diana Sierra | Epidemiologa | IETS | 3162341417 | diana.sierra@iets.org.pe | <i>Diana Sierra</i> |
| 8 | Kelly Estrada | Epidemiologa | IETS | Ex 1103 J | kelly.estrada@iets.org.pe | <i>Kelly Estrada</i> |
| 9 | Diana Guerrero | Epidemiologa | IETS | 3002493982 | diana.guerrero@iets.org.pe | <i>Diana Guerrero</i> |
| 10 | Roberto Gomez | DR | IETS | 3055961333 | roberto.gomez@iets.org.pe | <i>Roberto Gomez</i> |
| 11 | Leonora Ginel G. | HD SINDICATA | IETS | 3138465706 | lgomez@iets.org.pe | <i>Leonora Ginel</i> |
| 12 | Karine Ocampo Araujo | Epidemiologa | IETS | 1041 | karine.ocampo@iets.org.pe | <i>Karine Ocampo</i> |
| 13 | Carlos Andres Ramirez | T. Sistemicas | IETS | 4025 | carlos.aramirez@iets.org.pe | <i>Carlos Ramirez</i> |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |



6.8 Anexo 8. Resultado de la votación de los lineamientos

Al panel asistieron seis expertos temáticos quienes votaron por cada una de las preguntas diseñadas para establecer el consenso de los lineamientos de uso racional de antibióticos en IVU bajas, no complicadas en mujeres de 18 años o más, premenopáusicas e inmunocompetentes. Para la pregunta 1 y 2 se consolidaron los resultados de los seis participantes, y para la pregunta 3 se tuvo que retirar de la sesión una experta, por lo que solo se contó con la votación de cinco de ellos, quienes en todos los casos manifestaron su grado de acuerdo ante cada lineamiento de manera anónima, en la siguiente escala:



Para el proceso de votación, los lineamientos fueron agrupados en las tres preguntas orientadoras de la siguiente manera:

Pregunta 1

¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno del primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Pregunta 2

¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Pregunta 3

¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes con el primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Los resultados de votación enviados de manera individual para cada uno de los lineamientos se muestran en la siguiente tabla 4:

Tabla 4. Resultados de votación individual

| Pregunta 1 | Pregunta 2 | Pregunta 2 |
|------------|------------|------------|
| 8 | 9 | 9 |
| 8 | 9 | 9 |
| 8 | 9 | 9 |
| 8 | 8 | 9 |
| 9 | 9 | 9 |
| 7 | 8 | * |

*En la pregunta 3 participaron solo 5 asistentes al panel.



Resultados agrupados

A continuación, se presentan los resultados consolidados para cada votación. Se consideró acuerdo con el lineamiento si el 80% o más votó en las opciones 7 a 9, o si la mediana y si intervalo de confianza al 95% estuvo en el rango 7 a 9.

Ilustración 5. Pregunta 1

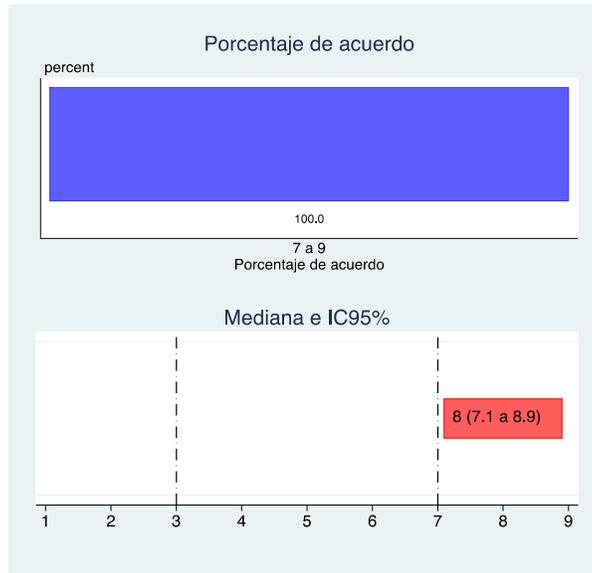


Ilustración 6. Pregunta 2





Ilustración 7. Pregunta 3

