



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud®

Evidencia que promueve Confianza

Construcción de estrategias de socialización de los lineamientos para el 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 en Colombia

Noviembre de 2020



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

Autores

Bermúdez, Irma Susana. Bacterióloga, especialista en Epidemiología, especialista en Gerencia de la calidad y auditoria en salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Galindo Huertas Mayra Solanye, Enfermera MSG SSR, PhD en Estudios Sociales Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS.

Reina, Liliana Marcela. Enfermera, MSc. en Información y Comunicación Científica, PhD en Enfermería

Revisores

Mesa Melgarejo, Lorena. Enfermera, MSc, PhD en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Osorio Arango, Luz Karime. Bacterióloga y laboratorista clínico, esp. en epidemiología, epidemióloga de campo, MSc en salud pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS

Entidad que solicita la evaluación

Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuentes de financiación

Ministerio de Salud y Protección Social. Contrato 568 de 2020

Conflictos de interés

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este Análisis de Impacto Presupuestal.



Declaración de independencia editorial

El desarrollo de este análisis, así como sus conclusiones, se realizaron de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

Derechos de autor

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Ministerio de Salud y Protección Social.

Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Carrera 49 A # 91-91

Bogotá, D.C., Colombia.

www.iets.org.co

contacto@iets.org.co

© Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.



Contenido

Glosario.....	5
1. Introducción.....	7
2. Objetivos y alcance	11
2.1. Objetivo.....	11
2.2. Alcance	11
3. Metodología.....	11
3.1. Construcción participativa de la estrategia	11
3.2. Proceso de mapeo y citación de actores	12
3.3. Preparación del grupo focal	12
3.4. Desarrollo del grupo focal	13
4. Resultados	14
4.1. Construcción participativa de la estrategia	14
Tema 1: Cultura del uso de antibiótico	14
Tema 2: Información necesaria para un uso racional de antibióticos.....	17
Tema 3: Medios de difusión de los lineamientos	20
Tema 4: Herramientas para la difusión de los lineamientos.....	22
4.2. Ampliación de información del lineamiento	27
4.2.1 Reacciones adversas más frecuentes y contraindicaciones del esquema de tratamiento	27
4.2.2 Generalidades de la prescripción de medicamento	29
4.3. Definición de la estrategia	31
5. Conclusiones.....	31
6. Referencias	31
7. Anexos	37
Anexo 1. Mapeo de actores: convocatoria encuentro participativo.....	37
Anexo 2. Resumen enviado a expertos.....	39
Anexo 3. Material proyectado en el grupo focal	45
Anexo 4. Informe encuentro de participación	49
Anexo 5. Proyección estrategia preliminar	54
Anexo 6. Transcripción del proceso participativo	57



Glosario

Estrategia participativa: Las estrategias de participación son una herramienta que tiene como principal objeto permitir un ejercicio de derechos, específicamente, el derecho a la participación social que ampara el Estado colombiano. Por otro lado, es también un elemento que permite una planificación centrada en las necesidades de los sujetos a quienes se va a dirigir las acciones o intervenciones que la estrategia propone. En este marco, la estrategia educativa basada en la participación es un instrumento de intervención que surge del derecho a la voz de las comunidades implicadas, con el fin de atender e impactar sobre necesidades específicas y reconocer las potencialidades para la transformación y el cambio, dado su fundamento educativo (1).

Infografía: es una herramienta que sirve para representar o resumir una información de forma visual, combina una serie de imágenes, figuras, texto, narraciones y datos, que llegan a ser de fácil entendimiento. La Infografía como recurso didáctico permite organizar la información de acuerdo con las características del usuario final(2).

Folleto: impreso de extensión corta, que organiza la información por epígrafes o temas, es breve en la exposición de ideas, usa ejemplos prácticos e ilustraciones que faciliten la comprensión del texto. Evitar tecnicismos y los sustituye con descripciones simples y usa una voz activa (3).

Infección de Vías Urinarias (IVU) bajas no complicada: 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(4). Son identificadas comúnmente con los CIE 10: Cistitis (N300, N308, N309), infección de vías urinarias de sitio no especificado (N390) (5).

Factores de riesgo para la IVU baja no complicada en personas sanas: el aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales, el uso de espermicidas y antecedente de infecciones urinarias (6,7).

Resistencia a los antimicrobianos (o farmacoresistencia): La resistencia antibiótica es la capacidad de un microorganismo para resistir los efectos de un antibiótico. La resistencia se produce naturalmente por selección natural a través de mutaciones producidas por azar. El antibiótico, al entrar en contacto con una población bacteriana, permite solo la proliferación de aquellas bacterias que presentan aquella mutación natural que anula la acción del antibiótico. Una vez que se genera la información genética, las bacterias pueden transmitir los nuevos genes a través de transferencia horizontal (entre individuos) por intercambio de plásmidos; o igualmente producto de una conversión lisogénica (8).



Rueda de elegibilidad: es un círculo de doble cara, una interna y otra externa, que por medio de giros de la cara externa permite conjugar elementos relacionables (2).

Uso racional de antibióticos: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso racional de antibióticos hace referencia a que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad (9).

Webinar: es un término usado para describir un seminario basado en la web. Webinars son como conferencias, pero los participantes participan remotamente a través de un ordenador. Los webinars típicos son de una dirección donde expone el conferenciante. Se pueden utilizar las actividades de colaboración, tales como el uso de chat de texto, los sondeos y encuestas, así como sesiones de preguntas y respuestas. Los webinars son a menudo grabados digitalmente para su reproducción futura proporcionando así la oportunidad de llegar a una audiencia aún más grande (10).



1. Introducción

Después de las infecciones respiratorias, la Infección de Vías Urinarias (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 (11,12). 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) (13). 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 (14). 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 (15).

Por esta razón es necesario que los médicos del país, que atienden en primer nivel o en servicios de urgencias, conozcan el lineamiento de uso racional de antibióticos en infección de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes. Este lineamiento ha sido elaborado y actualizado metodológicamente realizando una revisión exhaustiva de la evidencia científica, 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 y con el consenso de expertos.

Parte de la metodología de elaboración del lineamiento incluyó el diseño de 3 preguntas orientadoras, las cuales son usadas para guiar la investigación, estas fueron:

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?



Con el diseño de las preguntas se identificaron los términos para la construcción de los algoritmos de búsqueda, para este paso se contó con el acompañamiento de los expertos temáticos para que fueran validados por ellos y así garantizar la representatividad de los términos.

Para dar respuesta a la primera pregunta, los lineamientos aprobados por los expertos y descritos a continuación se basaron 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. 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.

Para la segunda pregunta, relacionada con el 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 y se evaluaron 48 revisiones entre metaanálisis y revisiones narrativas que incluyen evidencia sobre el tratamiento de pacientes con infección de vías urinarias bajas. También 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.

Para dar respuesta a la tercera pregunta en el desarrollo de este lineamiento se incluyeron 3 GPC de alta calidad y 5 revisiones narrativas el 50% de alta calidad.

Este lineamiento contiene el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno, las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en el primer episodio de infección de vías urinarias y recomendaciones de prevención, control y autocuidado que se pueden dar a los pacientes. A continuación, se presenta un resumen de estas indicaciones del lineamiento.

El lineamiento indica que 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 (5,16–38).

Así mismo, el lineamiento explica que 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 (5,25,39–44).

Se indica 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 (22,44,45).



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 (5,19,31,35,37,42–45,20–25,29,30).

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% (42,46).

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 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 (21,44,47,48).

Se recomienda como primera opción de tratamiento: macrocristales de nitrofurantoina 100 mg vía oral cada 6 horas por 5 días (5,16,30,31,35,37–43,17,44,45,48–55,18,56–63,20,21,23,25,26,29). 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 (17,21,44,45,53,56,60,64,23,29,30,37–39,41,43).

Como alternativa prescribir fosfomicina trometamol 3 gr vía oral única (5,17,31,35,37–44,18,45,47,48,53–59,20,60,62,63,65–67,21,23,25,26,29,30). 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% (5,17,41,42,45,48,56,60–64,18,68,23,26,29,30,35,39,40).

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. 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 Unidad de Pago por Capitación (UPC) (69).

Las recomendaciones de prevención, control y autocuidado son:

- No usar antibióticos sin fórmula médica (5,60,70).
- Aconsejar sobre los posibles efectos adversos de los antibióticos, los cuales incluyen diarrea y náuseas (60,70,71).



- 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 (5,36,60,70,71).
- Ingerir por lo menos 2 litros de líquidos al día (preferiblemente agua) (5,29,36,57,70). Vaciar completamente la vejiga al menos cada 3 horas (5,36,70,71).
- Defecar diariamente para limitar la contaminación perianal (5,36,63,70).
- Limpiar de delante hacia atrás después de orinar o defecar para evitar auto contaminación (5,36,57,63,70,71).
- Mantener la higiene genital pre y poscoital (micción poscoital siempre que sea posible) (5,36,57,70,71).
- Realizar micción poscoital siempre que sea posible (5,29,36,57,70). Evitar el coito secuencial anal y vaginal (36,57,70,71).
- Evitar el uso rutinario de desodorantes íntimos, duchas vaginales u otros irritantes como óvulos, espermicidas, condones con espermicidas o diafragmas (5,36,57,70,71).
- Priorizar la ducha al baño, evitando sales espumosas, aceites de baño, perfumes u otros irritantes químicos en el agua (5,36,70,71).
- Usar preferiblemente ropa interior de algodón (5,36,70,71).
- Evitar el café, el té y el alcohol, durante el tratamiento (36,70,71).
- Se debe enfatizar al paciente que debe tomar el antibiótico (si lo requiere) por el tiempo indicado.

Así mismo, en línea con el enfoque epistemológico propuesto por el ministerio de salud en Colombia para la educación en salud, recogemos que para cambiar las maneras en que se comprenden y se actúa en salud en el país es necesario “reconocer las condiciones concretas en que se desarrollan los sujetos y colectivos, para aportar de manera pertinente a la construcción de opciones para saber-hacer más y mejor sobre la salud” (72).

Dado esto, se reconoce necesario considerar a los prescriptores del tratamiento antibiótico en IVU no complicadas como un actor e interlocutor importante en la consolidación de la estrategia de difusión del lineamiento, desde procesos horizontales, participativos y críticos, pues son ellos y ellas quienes serán los usuarios finales de estos lineamientos. De igual manera, escuchar a los prescriptores ayuda a determinar una línea de acción clara que permita vislumbrar el compromiso de los actores con el cambio de conductas, en este caso frente al uso racional de antibióticos, y prever los posibles obstáculos que existan para la adopción de dicha conducta.

2. Objetivos y alcance

2.1. Objetivo

Construir una estrategia basada en la participación, para la socialización de los lineamientos para el desarrollo de una estrategia el 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 en Colombia.

2.2. Alcance

Socializar a los médicos generales de consulta externa del primer nivel de atención los lineamientos para uso racional de antibióticos en infección de vías urinarias bajas no complicada, a través de herramientas didácticas creadas con base en la participación y sugerencias de sus potenciales usuarios.

Población objeto: médicos generales que realicen consulta externa en el primer nivel de atención

Ámbito: servicios de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

Usuarios: esta socialización está dirigida a médicos generales de primer nivel pertenecientes o no a las diferentes sociedades científicas.

Esta socialización no empleara las siguientes estrategias:

- Estrategias que este dirigidas a pacientes
- Estrategias dirigidas a distribuidores de antibióticos
- Manejo de las complicaciones o eventos adversos

3. Metodología

3.1. Construcción participativa de la estrategia

En el marco de un enfoque constructivista el diseño de la estrategia desde los aportes de sus usuarios directos, requiere un reconocimiento de sus discursos y potencialidades para el cambio o fortalecimiento de conductas en vía a lo dispuesto en los lineamientos para el uso racional de antibióticos, en ese sentido, se propuso un encuentro de diálogo o grupo focal, en el que se buscaba reconocer puntos específicos que guiarán la elaboración de la estrategia de difusión: los puntos de interés, los medios y herramientas.

Se realizó la citación de médicos líderes de organizaciones gremiales autónomas como sociedad de médicos generales, y a médicos generales colombianos.

La dinámica del grupo focal tuvo dos momentos:



3.2. Proceso de mapeo y citación de actores

Para la identificación de actores que representen a los usuarios del lineamiento en el país, se realizó un mapeo de estos, en el cual se elaboró un listado de todas las sociedades y asociaciones científicas, agremiaciones de profesionales de la salud e instituciones de salud considerados actores o participantes directos o indirectos del proceso de prescripción de medicamentos en el primer nivel de atención en salud (Anexo 1. Mapeo de actores: convocatoria encuentro participativo) Para asegurar el mejor aprovechamiento del tiempo en la reunión del grupo focal se envió con antelación un resumen del lineamiento a los participantes del grupo focal (Anexo 2. Resumen enviado a expertos).

3.3. Preparación del grupo focal

Dentro de la preparación se realizó un guion amplio de preguntas posibles de abordaje, esto con el fin de que ser puestas en consideración del equipo de investigadores, con ánimo de seleccionar aquellas que podrían permitir la mayor recuperación de datos alrededor de la construcción de la estrategia de difusión.

Las preguntas que se abordaron fueron:

1. ¿Qué entendemos por uso racional de antibióticos?
2. ¿Qué información le gustaría tener a la mano, para despejar las dudas para seleccionar un tratamiento antibiótico empírico para IVU no complicada?
3. ¿Qué información consideran indispensable tener sobre el lineamiento?
4. ¿Cuáles creen son las recomendaciones que más olvidan al informar a los usuarios frente a la toma del tratamiento antibiótico o el autocuidado?
5. ¿Cuál es el medio que más usan para actualizar sus conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de problemas de la salud?
6. ¿Qué herramienta usan para despejar dudas urgentes (qué no dan espera)?
7. ¿Por qué usan esa herramienta en particular?
8. Si necesitaran consultar estos lineamientos en su práctica diaria, ¿qué medios o formatos serían más accesibles?
9. Si tuvieran que acceder a esta información, ¿sería mejor encontrarla en frases cortas contundentes o largas explicativas? ¿Por qué?



10. De las siguientes imágenes, (se presentan 2 imágenes así: una infografía de lavado de manos y un flujograma de lavado de manos) ¿cuál les parece mejor?, ¿por qué? ¿Cuál quisieran tener en su consultorio o siempre a la mano?

11. ¿Qué obstáculos ha encontrado para leer o motivarse a leer información en salud como la que presenta los lineamientos?

Con este guion acordado, se construyó una agenda para la realización del grupo focal, en el que se abordaron las preguntas y se presentarán aspectos claves sobre los lineamientos.

También se decide enviar a los participantes, previo al encuentro, un resumen breve de los principales puntos de los lineamientos con el ánimo de que la discusión en el desarrollo del grupo focal se centrara en la búsqueda de información sobre cómo socializar el lineamiento.

La agenda que se acordó fue:

- 1) Presentación
 - a) Autorización de grabación
 - b) Declaración de conflicto de intereses
- 2) Contexto: presentación lineamientos. Se centró en el alcance y las preguntas que guiaron la construcción del lineamiento, dando paso a despejar dudas específicas (dada la lectura previa del resumen enviado).
- 3) Objetivo y Metodología
- 4) Desarrollo del Grupo
- 5) Cierre

3.4. Desarrollo del grupo focal

El grupo focal se desarrolló a través de la plataforma de Zoom®, el día 6 de noviembre de 2020, tuvo una duración de dos horas de 5 a 7pm. Los asistentes fueron:

Tabla 1 Relación de participantes en el grupo focal por sociedades o agremiaciones convocadas

Institución representante o lugar de trabajo	Nombre	Participó
Sociedad Colombiana De Médicos Generales	Jorge Leonardo Sánchez Pinzón	Sí
Experta Individual	Deymi Katiuska Núñez Ávila	Sí
Colegio Médico Colombiano	Juan Esteban Duarte Barrera	Sí
Sociedad Colombiana De Médicos Generales	Lina Claudia Santos Hernández	Sí
Colegio Médico Colombiano	Edwin Garay Jaramillo	Sí
Colegio Médico Colombiano	Anyull Dayanna Bohórquez Caballero	Sí
Colegios Médico Colombiano	Samuel David Barbosa Ardila	Sí
Colegio Médico Colombiano	Fiorella Sofia Uparela Marthe	Sí

Institución representante o lugar de trabajo	Nombre	Participó
Colegio Médico Colombiano	Roberto Baquero Haeberlin	Sí
Experta Independiente	Sandra Patricia Pinzón	Sí
Colegio Médico Colombiano	Ivonne Jeannette Díaz Yamal	Sí
Médicos Generales Colombianos	Invitación Genérica	No

La dinámica se dio sin novedades en la agenda. Se inició con la presentación general del objetivo del lineamiento y la justificación (Anexo 3. Material proyectado en el grupo focal). Luego con la presentación de las preguntas. En general pudimos ver un interés de los médicos por participar en este tipo de actividades, una preocupación por la problemática central del lineamiento sobre el uso racional de antibióticos y la necesidad de realizar acciones desde su quehacer diario, pero también involucrar otros actores sociales (usuarios, farmaceutas y Estado).

El encuentro fue grabado en la plataforma Zoom® y transcrito en formato en Microsoft Word®, de la transcripción se realizó el análisis de la información desde temas presupuestos dadas las preguntas que se abordaron (Anexo 6).

4. Resultados

4.1. Construcción participativa de la estrategia

Se convocaron en total 12 representantes de las diferentes sociedades, asociaciones, y agremiaciones, de las cuales se contó con la participación del 91,6% (n=11) de los invitados. El encuentro tipo grupo focal fue la estrategia metodológica participativa para la recolección de la información. Una vez se obtuvo los datos en ese espacio, la información fue transcrita en formato Word lo que permitió las lecturas línea por línea de los datos para identificar los aspectos más significativos y organizarlos en temáticas relevantes consideradas importantes para el diseño de la estrategia de difusión de los lineamientos. Este proceso originó cuatro temas:

- Tema 1: Cultura del uso de antibiótico
- Tema 2: Información necesaria para un uso racional de antibióticos
- Tema 3: Medios de difusión de los lineamientos
- Tema 4: Herramientas para la difusión de los lineamientos

Tema 1: Cultura del uso de antibiótico

Frente a este tema se identifican tres actores importantes para el uso racional de antibióticos, los usuarios, personal que dispensa medicamentos y los médicos.

En el marco de una percepción de cultura antibiótica que parece centrarse en haber instaurado el antibiótico como el medicamento por excelencia para curar y de fácil adquisición, así lo expresa uno de los participantes:



“Me parece que a nivel cultural como colombianos la auto formulación de antibióticos, a pesar de que está reglamentado que se deben vender bajo prescripción médica, aún muchos sitios no respetan esa restricción y nosotros culturalmente creemos que todo se soluciona a punta de antibióticos” (Experto 6)

Esto genera una sinergia de sentidos entre “la solución” y fácil adquisición que parece dejar en la población la creencia del halo inofensivo del antibiótico, lo que implica que muchos lo consideren el tratamiento por excelencia sin reconocer sus posibles daños.

Es que la pelea siempre está con la gente ,que todo el mundo quiere tomar antibióticos, es una de las cosas más hartas del mundo, entonces la pelea que uno tiene todos los días hasta con la misma familia, que una gripa hay que tomar antibiótico, [...] es muy importante que el paciente entienda que no debe estar tomando antibióticos, [...] que entienda que tomar antibióticos sin tener la necesidad de tomar antibióticos, sin completar el tratamiento e irse a esas bombas que vende todo el mundo para mejorarse de cualquier gripa, cometen un error muy grave[...] No sé si hubiera la manera de tener algún folleto o alguna cosa en los consultorios que uno le pudiera dar al paciente con el sello del ministerio, el sello del IETS, de las instituciones, que le hagan advertencia que no es sano tomar antibióticos cada vez que quiera. (Experto 4)

A esto se suma, la pugna entre la auto formulación y la formulación médica, por un lado, el halo de inofensividad del antibiótico y la apreciación que tiene como tratamiento efectivo dentro la **cultura del uso**, genera en el encuentro terapéutica una tensión a revisar, pues el usuario presiente que la no formulación del antibiótico es señal, en el imaginario sociocultura, de negligencia médica, lo que lleva al profesional a sentir presión por parte del usuario, para escapar del imaginario:

...a veces como médicos no sentimos presionados frente al paciente que acude a la consulta para que le den antibióticos. Debemos tener una parte más clara tanto como el que prescribe, como también hacerle ver al paciente la posibilidad que no solamente el tratamiento [...] con antibióticos, haciendo que no tengamos resistencia en el momento que necesitemos el uso de antibióticos. (Experto 6)

La cultura del uso de antibióticos que caracterizan los profesionales médicos participantes en el encuentro se resume en tres conceptos con significados comunes: “matrimonio”, “bomba” o “combo” que señalan el uso de antibióticos conjugados con otros medicamentos, especialmente analgésicos. Estos, ampliamente socializados en la población en general, se convierten también en el lenguaje de formulación que se hace en las droguerías o farmacias, es el concepto compartido entre un(a) persona que dispensa medicamentos y la comunidad que busca soluciones ‘efectivas’, de fácil acceso, y aparentemente inofensivas.



“...la gente se acerca a la farmacia y dice me siento mal y en la farmacia le entregan su combo y ellos no saben ni siquiera lo que están tomando.” (Experto 8)

“...porque desafortunadamente muchas de las personas salen a las droguerías a comprar el matrimonio...” (Experto 1)

“...que entienda que tomar antibióticos sin tener la necesidad de tomar antibióticos, sin completar el tratamiento e irse a esas bombas que vende todo el mundo para mejorarse de cualquier gripa...” (Experto 4)

“Me acuerdo que me llegó un niño de un año con una faringoamigdalitis con azitromicina en jarabe y dije, pues ya no le tengo que hacer nada porque ya le dieron tres días de azitromicina, y el niño era un cuadro viral entonces la mamá dijo no puede ser y se le dio un antibiótico que no tenía indicación” (Experto 8)

Esta cultura entonces se caracteriza por la confluencia de tres actores, cada uno con un rol, en el que la tensión es permanente dadas las creencias que la fundamentan.

El primer actor, los usuarios, parece caer gran parte de la responsabilidad del uso racional, desde la perspectiva de los asistentes al grupo focal, básicamente por tres aspectos identificados en el discurso:

1. “Los pacientes sienten que no son tratados sino se les formula el antibiótico”.
2. Hay una dificultad a la adherencia del tratamiento dado:
 - a) “los tiempos de toma” (horarios que se saltan, tratamientos de varias dosis),
 - b) “el miedo al tratamiento por algunos mitos como que secan la sangre, la anemia, y los daños que pueden causar”.
3. La toma indiscriminada de antibióticos ante cualquier síntoma, arraigada en el denominado “matrimonio”.

El segundo actor, el personal que dispensa medicamentos, tiene responsabilidad, de acuerdo con los participantes por:

1. La venta sin fórmula o la formulación de los antibióticos empíricamente.
2. Ser parte de la cultura del “matrimonio” para tratar cualquier serie de síntomas especialmente de origen respiratorio.
3. Caso omiso a la normatividad, o la no existencia de esta para que ellos regulen la dispensación de este medicamento.

Por último, los médicos quienes identifican para sí la responsabilidad en:

1. La necesidad de “tomar un minuto” de la consulta para la educación al usuario.



2. Olvidos frente al informar “cada cuánto se debe tomar el antibiótico” dada la importancia de conocer la biodisponibilidad del antibiótico.
3. “Sentir presión por los usuarios para dar el antibiótico, para sentir que son tratados”.
4. La necesidad de “hablar un mismo idioma” cuando de tratamiento antibiótico se trata.

Tema 2: Información necesaria para un uso racional de antibióticos

Este tema deja ver los aspectos que se reconocen como necesarios para tener en cuenta para lograr un uso racional de antibióticos. Los temas son variados, pero parte del reconocimiento de las circunstancias en las que se enmarca la prescripción, administración y uso de los antibióticos; se podría decir que los temas dibujan una ruta a seguir para el uso racional.

Como primer paso se sugiere saber que microorganismos son los más prevalentes en la faringoamigdalitis y sus patrones de resistencia en el país, con el fin de reconocer qué antibióticos serían los más recomendables, así lo expresan los participantes:

“Sería muy útil que tuviera no solamente el tratamiento, sino la epidemiología y los patrones de resistencia microbiológica que hay en el país así sean del año que sean, pero sería muy útil para el seguimiento y las decisiones clínicas en el uso racional de antibióticos.” (Experto 8)

“Que se pueda tener la caracterización tanto del microbiota a nivel de la comunidad como a nivel hospitalario, creo que ese es un punto bastante importante.” (Experto 3)

“Algo que me gustaría, no sé si se encuentra disponible en Colombia es ver desde un punto de vista tecnológico, las principales bacterias que afectan el tracto en este caso sería la vía aérea superior, para una faringoamigdalitis” (Experto 11)

Un segundo paso, está relacionado con el proceso diagnóstico para un mejor tratamiento, especialmente cuando esta decisión se basa en pruebas de laboratorio:

“Por la forma en cómo he visto los pacientes, yo siempre mando tratamiento con laboratorio, si veo que hay una hematología alterada, si la paciente tiene alguna sintomatología o un uroanálisis alterado, se le indica antibiótico” (Experto 10)

“...lo otro es tener básicamente el tratamiento de urocultivo que sean más de 100000 colonias porque menos de 100000 colonias es bacteriuria asintomática y no se trata, entonces pienso que lo más importante tener muy claro los lineamientos de laboratorio y las buenas guías de manejo para saber cómo en efecto dar antibiótico” (Experto 2)

El paso tres, se refiere a la prescripción en sí, para esto se señala la necesidad de hablar un mismo idioma,



Otra cosa que me gustaría adicionar, me parece que nosotros como médicos todos deberíamos hablar el mismo idioma, me parece que deberíamos tener un algoritmo para saber si lo hacemos cómo lo vamos a iniciar (Experto 6).

“...Pues tratar de utilizar esquemas de antibiótico que en el caso en que estén indicados que sean más accesibles y fáciles de manejar, un ejemplo, claro es el uso de la penicilina benzatínica intramuscular una única dosis, comparado con una amoxicilina que es una penicilina de primera generación con un esquema de varios días y varias dosis, dónde va a haber problemas de adherencia o hay mayor riesgo de falta de adherencia y de seguimiento de la conducta médica” (Experto 8).

“Me parece que deberíamos tener un algoritmo para saber si lo hacemos cómo lo vamos a iniciar, si realmente la prevalencia es viral o es el uso no adecuado, desde cuándo voy a usar el antibiótico, cuál escalonamiento voy a tener el antibiótico, porque a veces vemos tratamientos escalonados de primera elección que inician con un antibiótico de tercera generación y vemos que a veces nos quedamos cortos porque iniciamos tratamiento de primera línea realmente demasiado agresivos, en el momento lo que hablábamos de la parte viral, se inicia con antibióticos de alta gama, entonces me parece que deberíamos, que todos habláramos en el mismo idioma, y todos tuviéramos los mismos lineamientos para que todos manejáramos este tipo de patologías de la misma manera.” (Experto 6)

El cuarto paso en la ruta está dado por la necesidad de generar en la atención “un minuto” para la educación al usuario:

“...que uno pueda hacer cultura y uno no pueda hacer educación con el paciente, que si el paciente consulta por riesgo cardiovascular, por alguna cosa, yo tomé un minuto de esa consulta y le diga a ver cuándo usted se sienta enfermo, puede venir puede acercarse al puesto de salud, puede sacar una cita con su médico general, con su médico de familia, por favor no utilice los antibióticos que le dan en la droguería, porque eso no está bien, no es sano para su salud, va generar mayor resistencia, la resistencia es algo muy grave algo que lo puede llevar a usted a una unidad de cuidado intensivo” (Experto 3)

“Debemos tener una parte más clara tanto como el que prescribe, como también hacerle ver al paciente la posibilidad que no solamente el tratamiento para la faringoamigdalitis que realmente como vemos, es más viral, no se debe tratar con antibióticos, haciendo que no tengamos resistencia en el momento que necesitemos el uso de antibióticos.” (Experto 6)

Especialmente, un punto de interés en este paso de la ruta es la educación que tiene que ver con los tiempos de toma:

“...cuando formulo un antibiótico cada 6 horas, la persona cada 6 horas decidió que estas son tres veces al día, entonces uno le dice 24 horas dividido... quiere decir cuatro veces al día entonces, los pacientes muchas veces no entienden bien y una de las cosas que yo siempre peleo mucho, uno tiene que explicar muy claramente de verdad como es el manejo de los medicamentos, cómo es que se lo tienen que tomar y por cuánto tiempo.” (Experto 4)

“No sé, las principales por las que hay una falla terapéutica es el abandono del paciente, seguramente que sí era un cuadro viral en tres o cuatro días va a tener la resolución de su sintomatología y eso hace que se presente el abandono, los esquemas largos de antibiótico hace que sea más difícil la adherencia y cuando los medicamentos superan las 8 horas es decir que tiene que tomárselo cada 6 horas es mucho más difícil porque van a quedar dosis en la madrugada, en la noche que los pacientes seguramente no se van a levantar a tomar las entonces, creo que un esquema largo y un esquema que requiera una dosis muy frecuente va a tener un fallo terapéutico.” (Experto 3)

Finalmente, en el sexto paso de la ruta los médicos asistentes subrayan la necesidad de reconocer el trabajo que se debe hacer frente a la normatividad existente para la venta y disposición de los antibióticos, desde dos vías: una en el control de venta en farmacias sin receta médica, y otra, en procurar el acceso a las primeras líneas de la antibioterapia, respecto a la primera vía se afirma:

“...si bien no tendrían que ser un medicamento controlado cómo son los opioides, si tendrían que requerir por normatividad para la dispensación en farmacias, la formulación y ser un poco más estrictos con la adherencia de la formulación médica y creo que ahí se toca en las tres áreas y decía si los pacientes quieren tomarse el antibiótico, pues las farmacias están controladas en su dispensación sin formulación médica, creería que eso serían cosas que se podrían hacer para mejorar.” (Experto 3)

Y frente a la segunda:

“Para el inicio del manejo, me he encontrado varias veces con que yo dejo el manejo, le dejó el paciente, mira esta es la fórmula y la dificultad de que en el municipio no se encuentra el medicamento, yo digo, voy a dejar tal manejo, el paciente camina por todo el pueblo se va a todas las farmacias, vuelve a la consulta y me dice doctora, no hay el manejo, enseguida pienso, y acá en el pueblo que sí tengo, esa es una dificultad a la que me he enfrentado varias veces y es el tema de que no cuento con muchos medicamentos que serían la primera línea de manejo y tengo que pensar mandarle cuál...” (Experto 9)

En síntesis, el grupo reconoce que hay temas que son importante saber, subrayar o “tener a la mano” cuando de tratamiento antibiótico se trata, ya sea para ellos como prescriptores, o para los usuarios o personal que dispensa medicamentos, los temas de interés son:



1. Conocer la epidemiología de la faringoamigdalitis y los principales agentes microbianos y los patrones de resistencia bacteriana.
2. Conocer la normatividad vigente frente a la venta y disposición de los antibióticos en el país.
3. Cómo tratar empíricamente y cuáles son los tratamientos de primera línea, para todos “hablar un mismo idioma”.
4. Algoritmos para el inicio antibiótico.
5. Conocer los lineamientos de reporte de laboratorio para tratar y las buenas prácticas para el diagnóstico.
6. Reconocer en la prescripción aspectos de educación al usuario frente a cómo tomar el antibiótico, cuando, tiempos de toma, horas de toma, dónde adquirir la fórmula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona.
7. Establecer una ruta para llegar al tratamiento antibiótico correcto en el menor tiempo posible.
8. Conocer las contraindicaciones y efectos secundarios en el manejo antibiótico (ellos y los usuarios).
9. Que la información sea selectiva pues hay saturación de información, especialmente en estos últimos días.

Tema 3: Medios de difusión de los lineamientos

Los medios de difusión se presentaron en tres vías, una centrada en las tecnologías de la información pensando en que puedan ser usadas sin conexión a internet para que se pueda tener acceso en cualquier territorio, estas centradas en el celular como medio de consulta. Otra cercana a difusión en material didáctico físico, que sea distribuido en las regiones, como herramientas de bolsillo y finalmente, a través de los eventos académicos de organizaciones académicas y gremiales o por televisión (noticieros).

La tecnología se convierte en el medio de respuesta inmediata cuando de obtener información se trata:

“Ahorita que estamos en la época de la tecnología sería interesante tener una App con las guías” (Experto 4)

“Sería chévere una App ahora con la tecnología de los celulares, sería interesante hacer una App donde uno, vaya poniendo sus puntos afirmativos o negativos y que él le indique cómo los pasos a seguir” (Experto 8)

“Pero también si llegarán por correos estos lineamientos uno que lo estuviese ahí en la bandeja de entrada de cualquier forma de que si la App no te funciona uno se mete y puede ver estos lineamientos, así en una emergencia uno rápido revisa si el paciente tiene

una infección viral en las vías respiratorias superiores y cuáles son, el algoritmo que estaba mencionando” (Experto 10)

“Algo que se podría hacer pensando con una visión tecnológica, es todos los proveedores de los sistemas de historia clínica digitales que están en el país, están regidos por decretos nacionales y sería fácil incluirlos dentro de ellos, que se incluyera el acceso o el direccionamiento cuando se formule el antibiótico a las guías de práctica clínica del ministerio a dónde están los repositorios o inclusive dentro de esos mismos sistemas de historia clínica se incluyen resúmenes frente a los usos de antibióticos, eso se podría ser muy fácil con la tecnología y hoy por hoy se integran sin ningún problema y se podría reglamentar de una forma más sencilla.” (Experto 8)

Sin embargo, reconociendo la posibilidad de acceso a este tipo de tecnologías en el territorio de nacional, algunos de los asistentes reconocen la utilidad de herramientas que se puedan tener a la mano:

“...tendríamos que pensar una aplicación que esté siempre así no tenga conexión a internet y la imagen y todo cargue siempre y se esté actualizando, sería una buena herramienta así, si es una actualización continua, si lo que estamos buscando es hacer una cosa para que sea una herramienta a la mano, de entrada haría definitivamente una infografía, porque pienso que la gente la mayoría de médicos generales acude a medscape por ejemplo y su celular de entrada o a su imagen que tiene guardada de las perlas, que siempre guarda para las cosas muy importantes y muy frecuentes que tiene a la mano, por qué una infografía y por qué algo tan reducida, porque estamos buscando llegar al correcto tratamiento en el menor tiempo posible” (Experto 5)

Por otro lado, se reconoce los líderes de opinión a quienes se les escucha por vías como los seminarios de asociaciones académicas y científicas, e incluso aquellos que han empezado a tener reconocimiento por su participación en la televisión nacional o impacto en redes sociales.

“...es tal vez hacer eventos académicos desde las organizaciones de profesionales, ahí hago la cuña un poco de las organizaciones, el colegio médico las sociedades científicas en donde podrían darse como esta difusión de estos lineamientos con los directivos, las personas que participaron en la creación de los lineamientos”

“Lo otro que yo también recomendaría un poquito, es también estas secciones de médicos de los noticieros de las diversas cosas, como por ejemplo Carlos Francisco, el doctor Julio Durán en RCN, ahorita se me escapó el nombre de la doctora de caracol, toca aprovechar ellos para que nos ayuden a hacer una difusión de todo este tema, María Fernanda la de caracol.” (Experto 4)

“Recomendaría que se relacionara un poco a los presidentes de sociedades científicas referentes a los temas específicos que se van a buscar porque según su espectro gremial

y profesional son los más representativos y también podría ser útil, no sé, tanto como experto, pero sí para darle visibilidad a toda la reglamentación y a todas las conductas que se están tomando con estas guías utilizar los influenciadores médicos que hay en las redes sociales que hay varios que tienen una alta trayectoria y visibilidad engagement, qué es un término que se utiliza hoy” (Experto 8)

Tema 4: Herramientas para la difusión de los lineamientos

En concordancia con el tema anterior, en este tema se logran identificar herramientas tanto para la difusión por tecnologías de información y por material didáctico. Sin embargo, se puede resumir que en general, para los participantes, las herramientas deben ser: “claras”, “fáciles de usar”, “estéticas (“bonitas”), visuales, fácil de cargar (“a la mano, de bolsillo”) “simplificadas”, “cortas” y que muestren el paso a paso (“Tipo AHA”) y reduzcan el tiempo de lectura.

Vía TICS se sugiere las aplicaciones para tecnologías telefónicas, se sugieren *galerías de infografías* o “Apps tipo *clinical decision support system*”. En estos se hace referencia a la importancia que estas aplicaciones den alertas frente a las contraindicaciones y efectos. Puede también usarse un “correo de material de actualización sobre el tema”.

Vía material didáctico físico se propone como herramienta ideal *los flujogramas*, sobresalen aspectos como que sean “fáciles de consultar, facilite la toma de decisiones y *resaltar los puntos claves para el tratamiento*”. Así mismo, se recomienda las tablas paso a paso (Tablas de *American Heart Association- AHA*).

Para usuarios se recomienda material de recordación tipo “folleto” con aspectos relacionados con cómo tomar el antibiótico, cuando, tiempos de toma, horas de toma, dónde adquirir la fórmula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona. Y para personal que dispensa medicamentos material visual con la normatividad frente a la no venta y distribución de antibióticos sin fórmula médica. Se señala que el material “venga con el sello del ministerio y del IETS” para generar credibilidad en las personas.

Vía eventos académicos: el grupo informa sobre agotamiento con la herramienta webinar, especialmente por la vivencia de estas fechas de pandemia. Se recomienda que sea actividades sinérgicas con las organizaciones académicas y científicas del país.

Una vez se establecieron estos temas, se elaboró un cuadro que relaciona la información dada por los participantes con aproximaciones a herramientas de difusión (**Error! Reference source not found.**) .Este cuadro es puesto a revisión por el equipo de trabajo quienes hacen ajustes a partir de los cuáles se elaboró un cuadro definitivo de proyección de la estrategia que prioriza, por un lado, los aspectos y alcance de los lineamientos a difundir, y por otro, la información recolectada en el grupo focal.



Los resultados de la transcripción del grupo focal se presentan en el **Error! Reference source not found..** Con base en el análisis de la información obtenida a partir del grupo focal y teniendo en cuenta el alcance acordado con el Ministerio de Salud y Protección Social se diseñó la estrategia educativa de socialización la cual se presenta en la **Error! Reference source not found..**



Tabla 2 Estrategia para la socialización del lineamiento de uso racional de antibióticos en infección de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes

Lineamiento	ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN: clara, fácil de usar, estética, visual, a la mano, de bolsillo, simplificada, corta, paso a paso y reduce el tiempo de lectura. Herramientas físicas y offline que se complementan.					
Uso racional de antibióticos en el tratamiento de IVU 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 en Colombia	Aspectos del lineamiento	Temas identificados en el grupo focal	Actor	Medio de difusión	Herramienta	Objetivo Evidenciado desde el grupo focal
	Lineamientos para el diagnóstico adecuado y oportuno de infección de vías urinarias bajas no complicada	Cómo tratar empíricamente y cuáles son los tratamientos de primera línea, para todos “hablar un mismo idioma”	Médicos	Físico	Infografía Paso a paso	Llegar a tratamiento antibiótico correcto en el menor tiempo posible.
	Lineamientos para tratamiento farmacológico de infección de vías urinarias bajas no complicada					
	Disponibilidad de las tecnologías para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia	Algoritmos para el inicio antibiótico	Médicos	Físico	Flujogramas	
Algoritmo para el tratamiento de IVU	Vía TICS galería de infografías					



	bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia					
	Lineamientos para el diagnóstico adecuado y oportuno de infección de vías urinarias bajas no complicada					
	Disponibilidad de las tecnologías para el diagnóstico de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia	Buenas prácticas de diagnóstico IVU	Médicos	Físico Y galería de infografías	Infografía (Tabla paso a paso)	Señalar paso a paso el proceso diagnóstico de IVU no complicadas para ser tratadas con antibioticoterapia.
	Algoritmo para el diagnóstico de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia				Flujogramas	
	Lineamientos para recomendaciones de prevención, control y autocuidado				Infografía Paso a paso	Favorecer una información completa en el momento de la



		<p>“Olvidos”</p> <p>“Tomate un minuto”</p> <p>Cómo tomar el antibiótico, cuando, tiempos de toma, horas de toma, dónde adquirir la formula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona.</p>			Una correcta prescripción antibiótica	prescripción que repercute en el consumo consciente.
	Aspectos generales del lineamiento	<p>Conocer la epidemiología de las IVU y los principales agentes microbianos y los patrones de resistencia bacteriana.</p> <p>Conocer las contraindicaciones y efectos secundarios en el manejo antibiótico</p>	Médicos	Virtual	Webinar Y grabación en diferido para acceso en distintos momentos.	Socializar aspectos relevantes y contextuales para una mayor comprensión de lo dispuesto en el lineamiento.

A partir de este cuadro, el equipo de diseño proyectó las herramientas que constituirían la estrategia de difusión, quienes además diseñan la presentación para el encuentro tipo webinar.

4.2. Ampliación de información del lineamiento

4.2.1 Reacciones adversas más frecuentes y contraindicaciones del esquema de tratamiento

Con el fin de ampliar la información del lineamiento se realizó la búsqueda de información en la página UPTODATE, sobre las reacciones adversas y contraindicaciones de los medicamentos a usar en el tratamiento de las infecciones de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes. La cual se registra en la Tabla 3.

Tabla 3 Reacciones adversas y contraindicaciones de los antibióticos definidos en el tratamiento de las infecciones de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes

Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
Microcristales de Nitrofurantoina	<u>Frecuencia 1% a 10%:</u> Sistema nervioso central: dolor de cabeza (6%) Endocrino y metabólico: aumento de fosfato sérico (1% a 5%) Gastrointestinal: náuseas (8%), flatulencia (2%) Hematológicos y oncológicos: disminución de la hemoglobina (1% a 5%), eosinofilia (1% a 5%) Hepático: aumento de la alanina aminotransferasa sérica (1% a 5%), aumento del aspartato aminotransferasa sérica (1% a 5%)	Anuria, oliguria o deterioro significativo de la función renal (aclaramiento de creatinina [CrCl] <60 ml / minuto o creatinina sérica elevada clínicamente significativa); antecedentes de ictericia colestásica o disfunción hepática asociada con el uso previo de nitrofurantoína; hipersensibilidad al fármaco o cualquier componente de la formulación.
Cefalexina	<u>Frecuencia no definida.</u> Sistema nervioso central: agitación, confusión, mareos, fatiga, alucinaciones, dolor de cabeza. Dermatológico: eritema multiforme (raro), prurito genital, erupción cutánea, síndrome de Stevens-Johnson (raro), necrólisis epidérmica tóxica (raro), urticaria Gastrointestinal: dolor abdominal, diarrea, dispepsia, gastritis,	Hipersensibilidad a la cefalexina, otras cefalosporinas o cualquier componente de la formulación.



Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	<p>náuseas (raro), colitis pseudomembranosa, vómitos (raro)</p> <p>Genitourinario: candidiasis genital, flujo vaginal, vaginitis</p> <p>Hematológicos y oncológicos: eosinofilia, anemia hemolítica, neutropenia, trombocitopenia</p> <p>Hepático: ictericia colestásica (rara), hepatitis (transitoria, rara), aumento de ALT sérica, aumento de AST sérico</p> <p>Hipersensibilidad: anafilaxia, angioedema, reacción de hipersensibilidad</p> <p>Neuromuscular y esquelético: artralgia, artritis, artropatía</p> <p>Renal: nefritis intersticial (raro)</p>	
Amoxicilina - clavulanato	<p><u>Frecuencia > 10%:</u> Gastrointestinal: Diarrea (3% a 34%)</p> <p><u>Frecuencia 1% a 10%:</u> Dermatológico: dermatitis del pañal por candida (4% a 6%), dermatitis del pañal (4%), erupción cutánea ($\leq 3\%$), urticaria ($\leq 3\%$) Gastrointestinal: náuseas (2% a 3%), vómitos (1% a 2%) Genitourinario: Vaginitis (1%) Infección: candidiasis (1%), micosis vaginal (3%)</p>	<p>Hipersensibilidad a amoxicilina, ácido clavulánico, otros fármacos antibacterianos beta-lactámicos (p. Ej., Penicilinas, cefalosporinas) o cualquier componente de la formulación; antecedentes de ictericia colestásica o disfunción hepática con el tratamiento con amoxicilina / clavulánico potásico.</p> <p>Augmentin XR: Contraindicaciones adicionales: Insuficiencia renal grave ($\text{CrCl} < 30 \text{ ml / minuto}$) y pacientes en hemodiálisis.</p>
Fosfomicina	<p><u>Frecuencia 1% a 10%:</u> Sistema nervioso central: dolor de cabeza (4% a 10%), dolor (2%), mareos (1% a 2%) Dermatológico: erupción cutánea (1%) Gastrointestinal: diarrea (9% a 10%), náuseas (4% a 5%), dolor abdominal (2%), dispepsia (1% a 2%) Genitourinario: vaginitis (6% a 8%), dismenorrea (3%) Neuromuscular y esquelético: dolor de espalda (3%), debilidad (1% a 2%)</p>	<p>Hipersensibilidad a la fosfomicina o cualquier componente de la formulación.</p>



Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	Respiratorio: rinitis (5%), faringitis (3%)	

Fuente: página de UPTODATE

https://www.uptodate.com/contents/search?search=nitrofuranto%26%23237;na&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=true&language=en&max=10&index=0~6&autoCompleteTerm=nitro

4.2.2 Generalidades de la prescripción de medicamento

El decreto 2200 de 2005 “Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones” en su Capítulo IV, dicta las recomendaciones para tener en cuenta a la hora de la prescripción.

Características de la prescripción

Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

- Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.
- Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
- No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.
- La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.
- La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.
- La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.
- Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.



Contenido de la prescripción

La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente y documento de identificación.
- Número de la historia clínica.
- Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
- Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Concentración y forma farmacéutica.
- Vía de administración.
- Dosis y frecuencia de administración.
- Período de duración del tratamiento.
- Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
- Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.



4.3. Definición de la estrategia

Teniendo en cuenta las diferentes opiniones de los expertos acerca de las mejores estrategias para socializar los lineamientos (rueda de elegibilidad, flujogramas, infografía, poster en farmacias, tabla de síntomas, folletos, puntos clave en la toma de un antibiótico), así como los usuarios objeto para la cual va dirigido el mismo, que corresponde a los médicos generales de consulta externa del primer nivel de atención, se concluyó que las estrategias que mejor cumplían las condiciones de ser claras, de consulta y lectura rápida para el público objetivo son las infografías y flujogramas (algoritmos) como medios físicos y como medios digitales (Webinar, infografías y lineamientos en página web).

Se procedió a diseñar y elaborar el material para la difusión. Para ello se extrajeron los contenidos más relevantes para el público de interés, se elaboraron las versiones preliminares los cuales fueron compartidos a través de un encuentro con el diseñador gráfico y el equipo de participación del IETS. Así mismo, se procedió al diseño y elaboración del material publicitario para la convocatoria de difusión máxima.

5. Conclusiones

Los elementos participativos para la generación de estrategias permiten acercarse de manera más sensible a lo que espera el grupo objeto de los lineamientos, sobre la manera de conocerlos, consultarlos y utilizarlos. Por esta razón, la estrategia que se construye responde a los requerimientos de ser clara, de consulta y rápida lectura que permita cumplir con el objetivo y necesidad de los médicos generales de Colombia: “llegar al tratamiento antibiótico correcto en el menor tiempo posible”, pero además incluir aspectos relacionados con la seguridad en la prescripción para un uso racional de antibióticos en el tratamiento de las IVU no complicadas.

6. Referencias

1. Colombia M de S y PS de. Proceso de participación para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad: La experiencia de la Dirección de Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. 2016;1–87.
2. MOSQUERA BARZOLA FRANCISCO JAVIER. LA INFOGRAFÍA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO. DISEÑO DE UN SITIO WEB. 2019;(2).
3. Barrio-Cantalejo I, Simón-Lorda P, Jiménez MM R. Consensus on the legibility criteria of health education leaflets. An Sis San Navarra. 2011;34(2):153–65.
4. 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 Mar;52(5):e103–20.
5. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Cai T, Bruyère F, Geerlings SE, Köves B WF. EAU



- Guidelines on Urological Infections 2018. 2018.
6. 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 Aug;335(7):468–74.
 7. 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 Jan;142(1).
 8. WIKIPEDIA. No Title.
 9. OMS. Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS. *Bull World Health Organ*. 2006;1–5.
 10. Area M, Sannicolás MB, Borrás JF. Webinar como estrategia de formación online: descripción y análisis de una experiencia Webinar as strategy online training: description and analysis of an experience. Vol. 13. 2014.
 11. Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: Epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. Vol. 13, *Nature Reviews Microbiology*. Nature Publishing Group; 2015. p. 269–84.
 12. 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 Dec;16(1):365.
 13. Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Atenciones en salud.
 14. 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(5):298–303.
 15. 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(7):741–8.
 16. Best J, Ou D, Kitlowski AD, Bedolla J. Diagnosis and management of urinary tract infections in the emergency department. *Emerg Med Pract*. 2014;16(7):1–23.
 17. 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 May;35(5):314–20.
 18. Bader MS, Loeb M, Brooks AA. An update on the management of urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. Vol. 129, *Postgraduate Medicine*. Taylor and Francis Inc.; 2017. p. 242–58.
 19. Cortes-Penfield NW, Trautner BW, Jump RLP. Urinary Tract Infection and Asymptomatic Bacteriuria in Older Adults. Vol. 31, *Infectious Disease Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2017. p. 673–88.
 20. Beahm NP, Nicolle LE, Bursey A, Smyth DJ, Tsuyuki RT. The assessment and management of urinary tract infections in adults: Guidelines for pharmacists. *Can Pharm J*. 2017 Sep;150(5):298–305.



21. Long B, Koyfman A. The Emergency Department Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection. Vol. 36, Emergency Medicine Clinics of North America. W.B. Saunders; 2018. p. 685–710.
22. 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. Vol. 146, Journal of Microbiological Methods. Elsevier B.V.; 2018. p. 92–9.
23. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. Vol. 219, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mosby Inc.; 2018. p. 40–51.
24. Brubaker L, Carberry C, Nardos R, Carter-Brooks C, Lowder JL. American Urogynecologic Society Best-Practice Statement. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2018;24(5):321–35.
25. 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 Mar;50(1):67–100.
26. Yuste Ara JR, del Pozo JL, Carmona-Torre F. Protocolo de tratamiento empírico de las infecciones urinarias. Med. 2018 Mar;12(51):2991–9.
27. Abbo LM, Hooton TM. Antimicrobial stewardship and urinary tract infections. Vol. 3, Antibiotics. MDPI AG; 2014. p. 174–92.
28. 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 Jun;10(2):291–301.
29. Lee H LJAC of CP. Urinary Tract Infections.
30. Kolman KB. Cystitis and Pyelonephritis: Diagnosis, Treatment, and Prevention. Vol. 46, Primary Care - Clinics in Office Practice. W.B. Saunders; 2019. p. 191–202.
31. 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 Jul;30(7):1187–94.
32. Kumar S, Dave A, Wolf B, Lerma E V. Urinary tract infections. Disease-a-Month. 2015 Feb;61(2):45–59.
33. Detweiler K, Mayers D, Fletcher SG. Bacteruria and Urinary Tract Infections in the Elderly. Vol. 42, Urologic Clinics of North America. W.B. Saunders; 2015. p. 561–8.
34. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. The management of urinary tract infections in octogenarian women. Vol. 81, Maturitas. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 343–7.
35. Pietrucha-Dilanchian P HT. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Urinary Tract Infection. Microbiol Spectr. 2016 Dec;4(6).
36. 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 Jul;39(6):339–48.
37. Nicolle LE. Urinary Tract Infections in the Older Adult. Vol. 32, Clinics in Geriatric Medicine. W.B. Saunders; 2016. p. 523–38.
38. Tan C, Chlebicki M. Urinary tract infections in adults. Singapore Med J. 2016



- Sep;57(09):485–90.
39. 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 Mar;25(3):175–85.
 40. 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 Dec;114(50):866–73.
 41. 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(3):263–70.
 42. 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(1):3.
 43. David J, Villarraga A, David J, Parra I, Diaz DA, Cardenas AM, et al. Clinical Practice Guideline for Urinary Tract Infection in Adults. 2018;
 44. 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(4):565–81.
 45. Waller TA, Pantin SAL, Yenior AL, Pujalte GGA. Urinary Tract Infection Antibiotic Resistance in the United States. Vol. 45, Primary Care - Clinics in Office Practice. W.B. Saunders; 2018. p. 455–66.
 46. Mody L, Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women: A clinical review. Vol. 311, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2014. p. 844–54.
 47. Drug and Therapeutics Bulletin. Fosfomycin for UTIs. *Drug Ther Bull*. 2016 Oct;54(10):114–7.
 48. Gupta K, Grigoryan L, Trautner B. In the clinic® urinary tract infection. Vol. 167, Annals of Internal Medicine. American College of Physicians; 2017. p. ITC49–64.
 49. Shakti L, Veeraraghavan B. Advantage and limitations of nitrofurantoin in multi-drug resistant Indian scenario. *Indian J Med Microbiol*. 2015;33(4):477.
 50. 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 Sep;70(9):2456–64.
 51. Stalenhoef JE, Van Dissel JT, Van Nieuwkoop C. Febrile urinary tract infection in the emergency room. Vol. 28, Current Opinion in Infectious Diseases. Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 106–11.
 52. Peri L. Fighting Urinary Tract Infections with Antibiotic and Non-Antibiotic Therapies. *Urol J*. 2016 Jan;83(1_suppl):5–10.
 53. Quinlan JD, Jorgensen SK. Recurrent UTIs in women: How you can refine your care. *J Fam Pract*. 2017;66(2):94–9.
 54. 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. Vol. 27, Current Opinion in Urology. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 127–32.
55. Lee SJ. Recent advances in managing lower urinary tract infections [version 1; referees: 2 approved]. Vol. 7, F1000Research. F1000 Research Ltd; 2018.
 56. Schutz D, Watson SC, Hayden G, Weant KA. Outpatient treatment of uncomplicated urinary tract infections in the emergency department. Adv Emerg Nurs J. 2018 Jul;40(3):162–70.
 57. 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. Vol. 200, Journal of Urology. Elsevier Inc.; 2018. p. 1174–91.
 58. 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 Jun;38(6):674–87.
 59. 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(3):271–8.
 60. NICE Guideline. Overview | Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE.
 61. Dubbs SB, Sommerkamp SK. Evaluation and Management of Urinary Tract Infection in the Emergency Department. Emerg Med Clin North Am. 2019 Nov;37(4):707–23.
 62. 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 Oct;54(4):478–86.
 63. 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(4):339.
 64. Pitout JD, Chan WW, Church DL. Tackling antimicrobial resistance in lower urinary tract infections: treatment options. Vol. 14, Expert Review of Anti-Infective Therapy. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 621–32.
 65. 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 Oct;312(16):1677–84.
 66. Takhar SS, Moran GJ. Diagnosis and management of urinary tract infection in the emergency department and outpatient settings. Vol. 28, Infectious Disease Clinics of North America. 2014. p. 33–48.
 67. El Sakka N, Gould IM. Role of old antimicrobial agents in the management of urinary tract infection. Vol. 9, Expert Review of Clinical Pharmacology. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 1047–56.
 68. Caron F, Wehrle V, Etienne M. The comeback of trimethoprim in France. Médecine



Mal Infect. 2017 Jun;47(4):253–60.

69. Colombia M de S y PS de. Plan de Beneficios en Salud. p. 2019.
70. NICE Guideline. Urinary tract infections overview - NICE Pathways.
71. NICE Guideline. Overview | Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE.
72. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS 2018.



7. Anexos

Anexo 1. Mapeo de actores: convocatoria encuentro participativo

Actores	Página web	Dirección	Teléfono	Email
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)	https://ascofame.org.co/web/	Carrera 14 No. 101-53	(57) 1 7425380	info@ascofame.org.co
Colegio Médico Colombiano	https://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/	Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501	PBX: (+571) 746 3489 Celular: 314 566 2174 Celular: 314 566 2198	pqrs@colegiomedicocolombiano.org
Asociación de Infectología de Colombia (ACIN)	https://www.acin.org/	Carrera 15 No.118-03 Of. 503, Edificio Gallerie Bogotá D.C. Colombia	Teléfono: (571) 215 3714/ Telefax: (571) 215 3517	E-mail: secretaria@acin.org
Colegio Nacional de Bacteriología (CNB)	https://cnbcolombia.org/	Cra. 15 Bis A No. 33 – 03 Bogotá	PBX (57 – 1) 755 2977	sedenacional@cnbcolombia.org
Asociación Colombiana de empresas sociales del estado y hospitales públicos (ACESI)	https://acesi.com.co/	Calle 32 #13-52 Of 2501 Torre 1 Edificio Alta Vista,	2878574	directora@acesi.com.co, acesi.asociacion@gmail.com
Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC)	https://achc.org.co/	Cra. 4 N° 73-15 Bogotá	3124411	dirgeneral1@achc.org.co
La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia	https://www.anec.org.co/	Dirección: Cra. 27 #46-21	3157933343	anecnal@anec.org.co



Actores	Página web	Dirección	Teléfono	Email
Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.	http://sociedadescientificas.com/	"Carrera 16a # 78-75 of 503	703 46 87	acsc@sociedadescientificas.com
INVIMA área de vigilancia de Medicamentos y productos biológicos, específicamente Medicamentos de síntesis química y biológica	https://www.invi.ma.gov.co/	Carrera 10 #64 - 28 Bogotá, Colombia	745 8593 Y 742 2121	
SOCMEF La Sociedad Colombiana de Medicina Familiar	http://socmef.co/	Sin dato	319 428 2765	socmef@socmef.org
Sociedad de urología de Colombia	https://www.scu.org.co/	Calle 93 #14-20 Oficina 410 - edificio Centro 93 - Torre Sur	218-6700	scolurol@scu.org.co



Anexo 2. Resumen enviado a expertos

Resumen 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

Alcance

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: Servicios de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

Usuarios: Profesionales médicos.

Introducción

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 (36,37). 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 (36). 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) (38), 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 (39).

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* (40,41). Estas bacterias tienen diferentes mecanismos de resistencia a los antibióticos, entre éstos se encuentran las Betalactamasas de Espectro Extendido (BLEE) (42), 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 (43).

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 (44). 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 (45).

Metodología

Se diseñaron las siguientes tres preguntas de investigación orientadoras de acuerdo con los puntos de interés que son: Diagnóstico, Opciones y esquemas terapéuticos y Prevención, control y autocuidado.

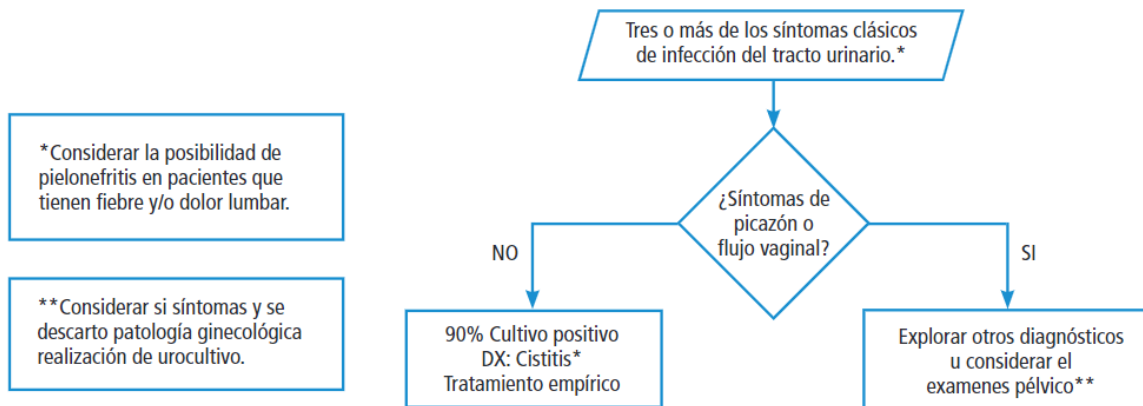
1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno del primer episodio de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (desde los 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
2. ¿Cuáles son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

Siguiendo la metodología se realizó la revisión sistemática de la literatura y posteriormente se desarrolló un consenso formal de expertos. Con los resultados de estos pasos de la metodología se construyó el lineamiento teniendo en cuenta las tres preguntas orientadoras y se elaboraron algoritmos para las preguntas orientadoras 1 y 2, correspondientes al diagnóstico y prescripción de tratamiento.



Lineamientos y algoritmos

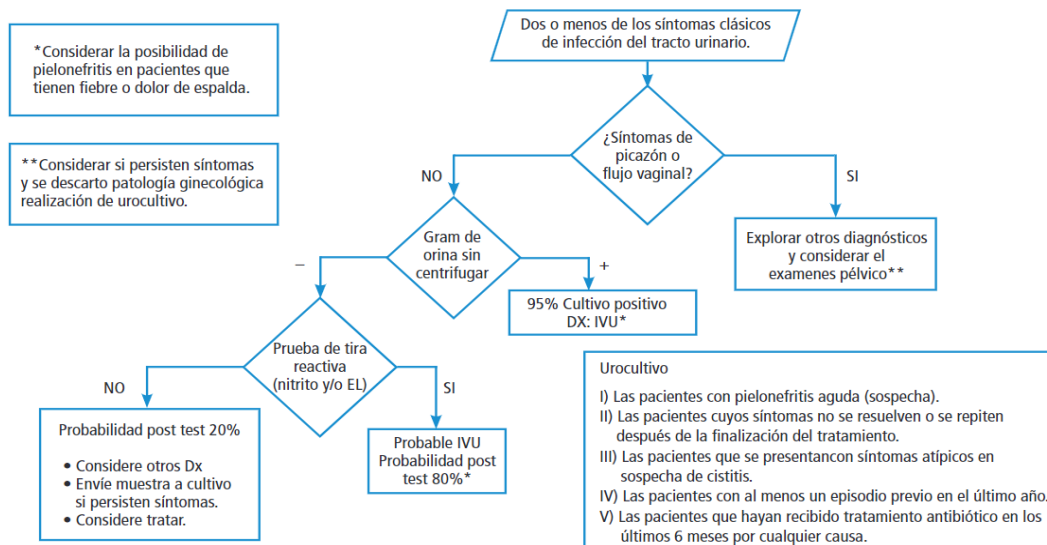
Ilustración 1. Algoritmo diagnóstico de infección de vías urinarias en pacientes con tres o más de los síntomas clásicos



Fuente: tomado de Cortes et al, 2015 (30).

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 (18,21,25–30) (tabla 1).

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



Fuente: tomado de Cortes et al, 2015 (30).



No está indicada la realización sistemática de análisis de orina, ni urocultivos posteriores al tratamiento en las pacientes asintomáticas (7,10,13,19,21,28,34,46). 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 (7,9,10,13,21,23,28,34,46,47).

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

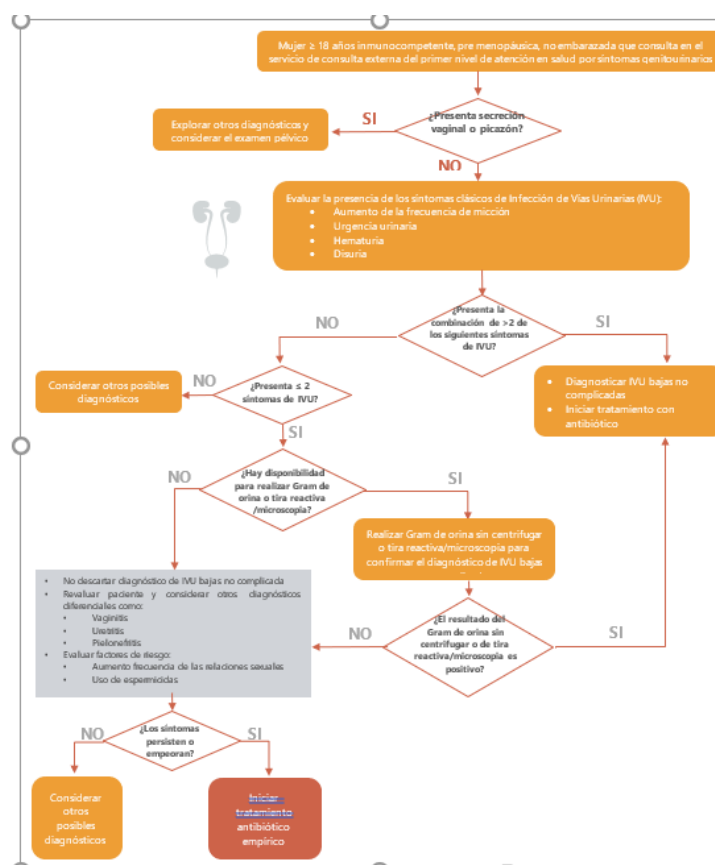
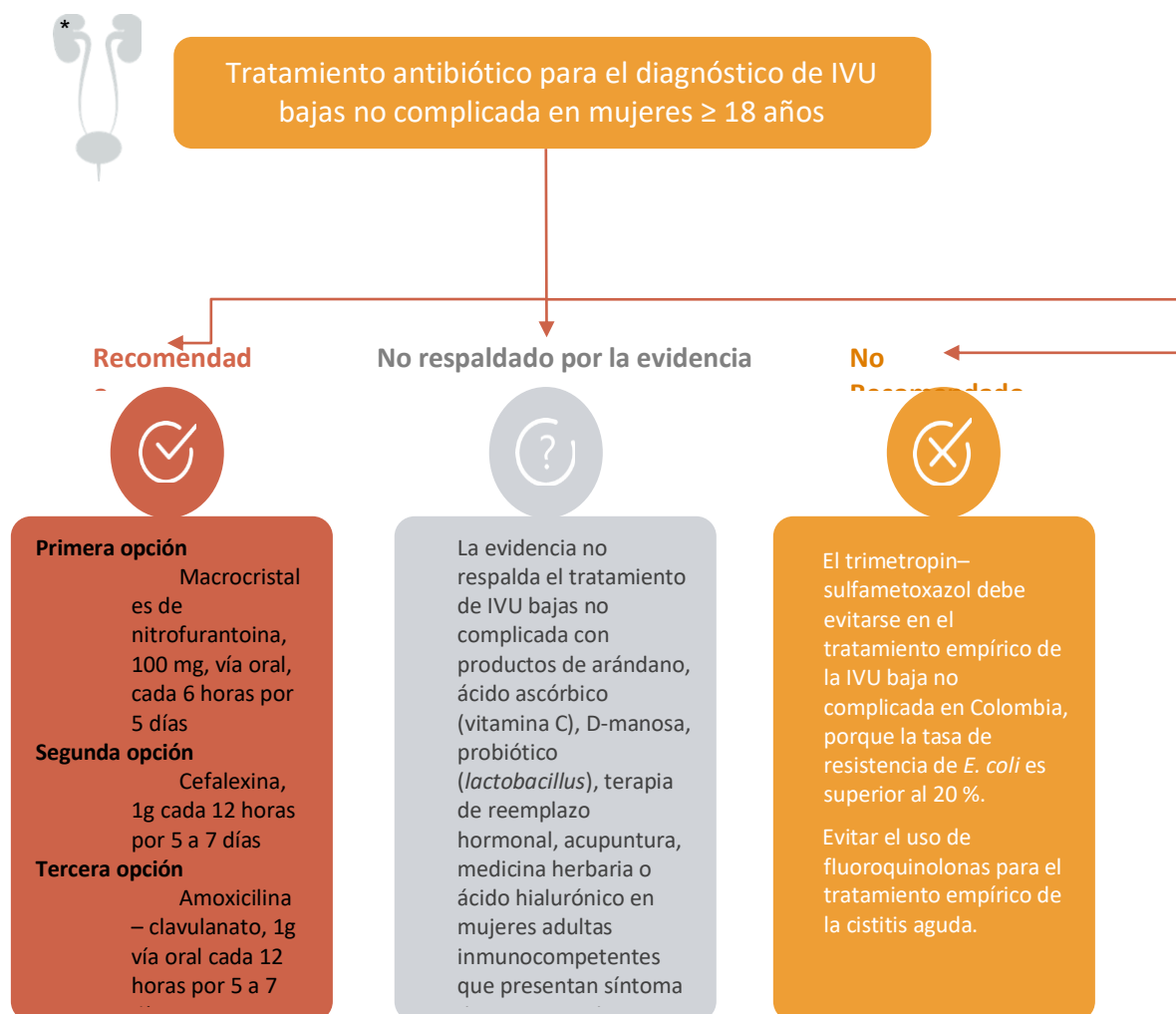


Ilustración 4. Algoritmo para el tratamiento antibiótico empírico de la IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes





Lineamientos para recomendaciones de prevención, control y autocuidado

- No usar antibióticos sin fórmula médica.
- Aconsejar sobre los posibles efectos adversos de los antibióticos, los cuales incluyen diarrea y náuseas.
- 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.
- Ingerir por lo menos 2 litros de líquidos al día (preferiblemente agua).
- Vaciar completamente la vejiga al menos cada 3 horas.
- Defecar diariamente para limitar la contaminación perianal.
- Limpiar de delante hacia atrás después de orinar o defecar para evitar auto contaminación.
- Mantener la higiene genital pre y poscoital (micción poscoital siempre que sea posible).
- Realizar micción poscoital siempre que sea posible.
- Evitar el coito secuencial anal y vaginal.
- Evitar el uso rutinario de desodorantes íntimos, duchas vaginales u otros irritantes como óvulos, espermicidas, condones con espermicidas o diafragmas.
- Priorizar la ducha al baño, evitando sales espumosas, aceites de baño, perfumes u otros irritantes químicos en el agua.
- Usar preferiblemente ropa interior de algodón.
- Evitar el café, el té y el alcohol, durante el tratamiento.
- Se debe enfatizar al paciente que debe tomar el antibiótico (si lo requiere) por el tiempo indicado.



Anexo 3. Material proyectado en el grupo focal

Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud*

Miembro de

International Network of Agencies for
Health Technology Assessment

Red de Evaluación de Tecnologías
en Salud de las Américas

Un instituto al servicio de la salud
de los colombianos

Adriana Robayo García
Director Ejecutivo

Centro Afiliado:

Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud*

Evidencia que promueve Confianza

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, DIRIGIDO A MÉDICOS GENERALES EN CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

www.iets.org.co

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

1. 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.

2. Alcance
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:
Servicios de consulta externa del primer nivel de atención en salud

Usuarios:
Profesionales médicos

www.iets.org.co

Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud*

4. Justificación
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 (1), ya que la IVU baja no complicada sigue siendo una de las infecciones más comúnmente tratadas en la atención primaria y 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).

1. Andrade BS, Baxter HS, Jones RN, Pereira AS, Pignatari AGC, Gales AC. Increased resistance to first-line agents among bacterial pathogens isolated from urinary tract infections in Latin America: Time for local guidelines? *J Mem Inst Oswaldo Cruz* 2006; 101:741-8. <https://doi.org/10.1590/S0074-02762006000700006>.

2. Joffe AL, Corbin JA, Ryan G, Ouellet NM, Saewyc SM, Rutledge G, et al. Emergencia de fenotipos resistentes a colistina en la generación de Enterobacteriaceae causantes de infección del tracto urinario de recién consultados en hospitales de Colombia. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2013; 31:298-303. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.04.007>.

www.iets.org.co

Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud*



5. Metodología

3 preguntas orientadoras

Revisión sistemática de la literatura

Conceso de expertos

Lineamientos y algoritmos

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

5

Preguntas orientadoras

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?

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

www.iets.org.co

6

AGENDA

1. Presentación
 - I. Autorización de grabación
 - II. Declaración de conflicto de intereses
2. Contexto: presentación lineamientos.
3. Objetivo y Metodología
4. Desarrollo del Grupo
5. Cierre

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

www.iets.org.co

7

OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Identificar cuáles serían los aspectos, medios y herramientas más relevantes para comunicar de los lineamientos para el uso racional de antibióticos

Este proceso no implica evaluar ninguna práctica en particular, sino recoger ideas que ustedes como expertos nos puedan dar para socializar los lineamientos. Por lo tanto, aclaramos que en este encuentro no pretendemos discutir los lineamientos pues estos **que ya** han sido previamente discutidos y revisados por expertos, incluidos algunos de ustedes

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

www.iets.org.co

8

REGLAS DE PARTICIPACIÓN

- Solicitar la palabra para responder por medio del chat de Zoom con las sigas PLP
- Intervenciones no podrán ser mayor 3 minutos, momento en el cual se mencionará que se excede el tiempo
- Escucha activa y respetuosa
- Se podrán solicitar replicas, con una intervención de máximo 2 minutos.

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

www.iets.org.co

9

DESARROLLO DEL GRUPO

¿Qué entendemos por uso racional de antibióticos?

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

www.iets.org.co

10

DESARROLLO DEL GRUPO

¿Cuáles son las claves que usted tiene para seleccionar un tratamiento antibiótico empírico?
(En IVU o Faringoamigdalitis, de acuerdo a sus experiencias)

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

www.iets.org.co

11

DESARROLLO DEL GRUPO

¿Qué información consideran indispensable tener sobre el lineamiento?

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

www.iets.org.co

12



DESARROLLO DEL GRUPO

¿Cuáles creen son las recomendaciones que más olvidan al informar a lxs usuarixs frente a la toma del tratamiento antibiótico?

www.iets.org.co



13

DESARROLLO DEL GRUPO

¿Qué medio usan para tener información sobre la resistencia bacteriana en su lugar de trabajo o en su contexto más cercano?

www.iets.org.co



14

DESARROLLO DEL GRUPO

¿Cuál es medio que más usan para actualizar sus conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de problemas de la salud?

www.iets.org.co



15

DESARROLLO DEL GRUPO

¿Qué herramienta usan para despejar dudas urgentes (qué no dan espera)?

www.iets.org.co



16

DESARROLLO DEL GRUPO

¿Por qué usan esa herramienta en particular?

www.iets.org.co



17

DESARROLLO DEL GRUPO

Si necesitaran consultar estos lineamientos en su práctica diaria, ¿qué medios o formatos serían más accesibles?

www.iets.org.co



18

DESARROLLO DEL GRUPO

Si tuvieran que acceder a esta información, ¿sería mejor encontrarla en frases cortas contundentes o largas explicativas?
¿Por qué?

www.iets.org.co



DESARROLLO DEL GRUPO

De las siguientes imágenes, ¿cuál les parece mejor?, ¿por qué?
¿Cuál quisieran tener en su consultorio o siempre a la mano?

¿Cómo lavarse las manos?



www.iets.org.co





DESARROLLO DEL GRUPO

¿Qué obstáculos ha encontrado para leer o motivarse a leer información en salud como la que presenta los lineamientos?

www.iets.org.co



21

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011.

Propósito

"Dar respuesta a las necesidades del sistema de salud en términos de evaluación de tecnologías y disminución de la variabilidad de la práctica clínica y en la atención en salud, a través de métodos científicos válidos y reproducibles".

www.iets.org.co



GRACIAS!

www.iets.org.co

22

GRUPO FOCAL

Uso racional de antibióticos en infección de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, y en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes, dirigidos a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención en Colombia

Miembro de:



Centro Afiliado:



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud®



Anexo 4. Informe encuentro de participación

1. Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad del tema (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

2. Objetivo

Facilitar el desarrollo del grupo focal como un mecanismo de participación en el proceso de elaboración de la estrategia de socialización de los lineamientos de uso racional de antibióticos para: a) faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes; b) infección de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la pre menopausia) inmunocompetentes.



3. Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con el requerimiento del espacio participativo a la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social, y con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolla en tres momentos: en un primer momento, se identifican las organizaciones a incluir en el proceso; en un segundo momento, se hace la verificación de los delegados y participantes de dichas entidades, buscando asegurar la representatividad y la adecuada participación; y en un tercer momento, se adoptan acciones correctivas, en caso de que ni la participación de los delegados, ni la representatividad de los actores esté asegurada.

A continuación, se describen las actividades adelantadas.

3.1. Identificación de actores

Para el caso en particular, la convocatoria de participación se inició a partir de la definición de las sociedades científicas y organizaciones requeridas para el proceso:

- Sociedad Colombiana de Médicos Generales.
- Colegio Médico Colombiano.
- Médicos Generales Colombianos.

Con esta identificación de actores, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados. Paralelamente, se procedió con invitaciones individuales a médicos generales y médicos rurales, para lograr una adecuada representatividad. Con esta convocatoria, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso.

La lista final de los actores delegados y participantes se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 4. Trazabilidad de participación

No.	Organización	Delegado	Perfil	Participa Sí /No
1	Sociedad Colombiana de Médicos Generales	Jorge Leonardo Sánchez Pinzón	Médico general. Presidente de la Sociedad.	Sí
2		Lina Claudia Santos	Médica general de urgencias. Miembro de la Junta Directiva	Sí
3	Colegio Médico Colombiano	Roberto Baquero Haeberlino	Médico oftalmólogo, Maestrante en Bioética. Presidente del Colegio	Sí



No.	Organización	Delegado	Perfil	Participa Sí /No
		Ivonne Jeannette Díaz Yamal	Ginecóloga. Ex Presidente de la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Miembro de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.	Sí
4		Anyull Dayanna Bohórquez Caballero	Médica general	Sí
5		Edwin Garay Jaramillo	Médico general, especialista en gerencia de servicios de salud	Sí
6		Juan Esteban Duarte Barrera	Médico general	Sí
7		Samuel David Barbosa Ardila	Médico general. Magíster en Salud Pública	Sí
8		David Eduardo Fajardo Granados	Médico general especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Actualmente Alto Consejero de Salud para la Gobernación de Norte de Santander Ex Presidente nacional Asociación Colombiana Médica Estudiantil.	Sí
9		Fiorella Sofia Uparela Marthe	Médico rural.	Sí
10	Expertos individuales	Deimy Katuska Núñez Ávila	Médico rural.	Sí
11		Sandra Patricia Pinzón	Médica general de urgencias de ESE Hospital Profesor Jorge Cavelier	Sí

Fuente: IETS, 2020

El equipo IETS que acompañó el diálogo deliberativo, se lista a continuación:

Tabla 5. Equipo técnico IETS

No.	Nombre	Perfil
1	Lorena Mesa Melgarejo	Enfermera. Magíster y Doctora en Salud Pública. Líder de la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social.
2	Liliana Reina Leal	Enfermera. Magíster en Información y Comunicación Científica. Doctora en enfermería.
3	Solanye Galindo Huertas	Enfermera. Magíster en salud sexual y reproductiva. Doctora en ciencias sociales.
4	Erika León Guzmán	Odontóloga y epidemióloga clínica.
5	Karime Osorio	Bacterióloga, epidemióloga y Magíster en Salud pública
6	Luis Alberto López	Enfermero. Magíster en Epidemiología
7	Sandra Contreras-Arrieta	Médica cirujana y epidemióloga.
8	Andrea Lara Sánchez	Politóloga. Especialista en Estado, Políticas Públicas y Desarrollo.
9	Irma Susana Rueda	Bacterióloga, epidemióloga

Fuente: IETS, 2020

3.2. Desarrollo del espacio participativo

Como se mencionó en la introducción del presente informe, la metodología de involucramiento de actores en este ejercicio fue el grupo focal, técnica diseñada para extraer de un público pequeño información sobre sus valores y preferencias con respecto a un producto, publicación, idea o cualquier cosa que decida ponerse en discusión, la naturaleza e intensidad de estos (2).

Conforme a lo requerido por el equipo técnico, se realizó la sesión virtual, el día 6/11/2020 a las 5:00 PM, por la plataforma Zoom.

3.3. Gestión de los conflictos de intereses

Para el caso particular, el Comité de Conflictos de intereses les dio aval de participación a todos los asistentes en tanto el objetivo del ejercicio era el desarrollo de un grupo focal que busca indagar a iterar sobre los valores, opiniones y preferencias sobre el asunto de interés. En cualquier caso, durante la sesión, los asistentes declararon sus conflictos de interés, como una medida complementaria. Con esta acción se busca, de un lado, garantizar la transparencia de la discusión y, por otro lado, escuchar las diversas voces involucradas para tener una visión más global sobre el asunto a tratar en el panel, en el entendido que: *“la participación y representación*



de actores tiene una fundamentación: ética, ya que todos los involucrados tienen derecho a opinar; epistemológica, porque cada actor tiene un especial conocimiento sobre los factores y resultados de la acción y realidad de intervención; y pragmática, porque el involucramiento favorece la motivación y el compromiso” (2).

4. Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. 2017.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Archivos/65/Manual Participacion.pdf>
3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N. SU. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. Int J Technol Assess Heal Care. 2016;32(3):131–9.
4. Lorena Mesa; Kelly Estrada. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. o Title. Bogotá: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2020.



Anexo 5. Proyección estrategia preliminar

Tabla. Estrategias preliminares para la socialización del lineamiento de uso racional de antibióticos en IVU no complicada

Lineamiento	ESTRATEGIA DE DISFUSION: clara, fácil de usar, estética, visual, a la mano, de bolsillo, simplificada, corta, paso a paso y reduce el tiempo de lectura. Herramientas físicas y offline que se complementan.					
	TEMA DEL LINEAMIENTO	TEMAS IDENTIFICADO EN EL GRUPO FOCAL	ACTOR	MEDIO DE DIFUSIÓN	HERRAMIENTA	OBJETIVO DESDE EL GRUPO FOCAL
IVU	Lineamientos para tratamiento farmacológico de infección de vías urinarias bajas no complicada	Diagnóstico y tratamiento empírico. Contraindicaciones y Efectos.	Médicos	Físico Puede ser también puesta en APP	Rueda de elegibilidad	Llegar a tratamiento antibiótico correcto en el menor tiempo posible.
	Lineamientos para el diagnóstico adecuado y oportuno de infección de vías urinarias bajas no complicada					
	Disponibilidad de las tecnologías para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia			Físico Y galería de infografías	Flujogramas	
	Algoritmo para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia					



Lineamientos para el diagnóstico adecuado y oportuno de infección de vías urinarias bajas no complicada	Buenas prácticas de diagnóstico IVU	Médicos	Físico Y galería de infografías	Infografía (Tabla paso a paso)	Señalar paso a paso el proceso diagnóstico de IVU no complicadas para ser tratadas con antibioticoterapia.
Disponibilidad de las tecnologías para el diagnóstico de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia				Flujogramas	
Algoritmo para el diagnóstico de infección de vías urinarias bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia					
Disponibilidad de las tecnologías para el tratamiento de IVU bajas no complicada en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes en Colombia	Visibilizar la normatividad vigente en la disposición y venta del antibiótico	Farmacéuticas	Físico: farmacias	Póster: diseño norma, que indica y señales de advertencia resistencia bacteriana	Tener un dispositivo de recordación para usuarios y farmaceutas para la venta y compra de antibióticos.
Lineamientos para recomendaciones de prevención, control y autocuidado	Reconocer en la prescripción aspectos de educación al usuario	Usuarios y médicos	Físico	Folleto Puntos clave en la toma de un antibiótico -tomate un minuto	Complementar la educación en salud frente a la toma del antibiótico con aspectos de Cómo tomar el antibiótico, cuando, tiempos de toma, horas de



						toma, dónde adquirir la formula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona. Además de prevención y autocuidados.
	Lineamientos para de recomendaciones de prevención, control y autocuidado	Resistencia bacteriana	Médicos y usuarios	Físico	-Infografías de microbiota más común y resistencia en IVU. -12 mandamientos contra la resistencia bacteriana MINSAL (Para usuarios)	Reconocer aspectos sobre la resistencia bacteriana y la responsabilidad de cada uno frente a esta problemática.

Anexo 6. Transcripción del proceso participativo

Transcripción Panel Noviembre 6- 2020

Grupo focal:

Lineamientos para el desarrollo de estrategia de uso racional de AB

Presentación de expertos y expertas y declaración de intereses

Presentación de objetivos, alcance y metodología

Breve presentación de los lineamientos para el desarrollo de estrategia de uso racional de AB en IVU de vías bajas no complicada y faringoamigdalitis de origen bacteriano

Moderadora 1: primera pregunta: Qué entendemos por uso racional de Ab

Experto 1: Es una pregunta que se viene realizando desde hace mucho tiempo y se ha generado una respuesta a través de la Asociación Colombiana de Infectología, ellos promueven el uso racional de los antibióticos porque desafortunadamente muchas de las personas salen a las droguerías a comprar el medicamento que les guste para aplicarse para el tema de las gripas. Entonces creo que ese es un factor que se ha venido observando desde la Asociación de Infectología y nosotros desde la Asociación Colombiana de Médicos Generales, estamos en continua capacitación para evitar, que ese mal uso que se le da a los antibióticos, evite generar todo este tipo de resistencias y desafortunadamente ya hay mucha resistencia a muchos de los antibióticos y en varias de las exposiciones o de los eventos que he asistido de infectología, el panorama sobre los antibióticos que funcionan sobre las bacterias resistentes es cada vez más limitado. De hecho, hay muchas bacterias que desafortunadamente ya ni siquiera usando los antibióticos últimos que han salido pueden generar muerte de estos patógenos, entonces, creo que cada vez nos estamos limitando mucho más para poder enfrentar una infección bacteriana.

Experta 6: Estoy bastante de acuerdo con el experto 1, me parece que a nivel cultural como colombianos la auto formulación de antibióticos, a pesar de que está reglamentado que se deben vender bajo prescripción médica, aún muchos sitios no respetan esa restricción y nosotros culturalmente creemos que todo se soluciona a punta de antibióticos y a veces como médicos no sentimos presionados frente al paciente que acude a la consulta para que le den antibióticos. Debemos tener una parte más clara tanto como el que prescribe, como también hacerle ver al paciente la posibilidad que no solamente el tratamiento para la faringoamigdalitis que realmente como vemos, es más viral, no se debe tratar con antibióticos, haciendo que no tengamos resistencia en el momento que necesitemos el uso de antibióticos.

Experto 8: Estoy de acuerdo con los comentarios que hicieron los expertos anteriores sobre el uso racional de antibióticos, recordando la definición dada, creo que por la OMS, que es donde hace referencia a una costo-efectividad y esa costo-efectividad relacionada a minimizar riesgos de efectos adversos, por ejemplo, reacciones anafilácticas en este caso, de complicaciones por la aplicación de estos antibióticos en el caso de una faringoamigdalitis con antibióticos intramusculares y también reduciendo la resistencia o previniendo la resistencia dado de no utilizar segundas líneas o terceras líneas de manejo de antibiótico cuando no es pertinente, o utilizar antibióticos cuando el proceso es viral en el caso de una infección de una faringoamigdalitis, entonces yo creería que agregamos un poco, complementando un poco los comentarios que hicieron y apoyando esa postura donde los pacientes solicitan antibióticos para sentir que tienen un tratamiento y en muchos casos no se requiere, en esta patología como la faringoamigdalitis donde no se requeriría antibiótico.

Experta (?): Estoy completamente de acuerdo con las posiciones que acaban de mencionar, sin embargo, creo que es necesario que ese uso racional, pues sea lo que nosotros entendemos por uso racional, tenga que llegar también a los pacientes, por lo menos hoy lo que fue consulta externa, una paciente me dijo: “en la droguería me dieron tal antibiótico”, entonces no sólo hacerlos entender que el antibiótico no puede ser tomado como de -me siento mal tomemos antibiótico-, sino además hacerlos entender que únicamente el personal de salud debería ser, el que esté en la posición de dar el manejo antibiótico, porque la gente se acerca a la farmacia y dice me siento mal y en la farmacia le entregan su combo y ellos no saben ni siquiera lo que están tomando.

Experta (?): Adicionar a todo lo que han agregado, que también es importante crear la conciencia de completar el tratamiento antibiótico, es decir de realizar el tratamiento antibiótico completo porque eso también es causa de resistencia antibiótica.

Moderadora 1: Frente a esto me gustaría hacer una contra pregunta y es, que creen ustedes que está en las manos del médico para el uso racional de antibióticos, porque hemos nombrado un contexto muy cultural, un contexto sólo de las personas, más del consumidor del antibiótico, pero, que está en manos del médico para lograr un uso racional de antibióticos.

Experto 4: Es que la pelea siempre está con la gente ,que todo el mundo quiere tomar antibióticos, es una de las cosas más hartas del mundo, entonces la pelea que uno tiene todos los días hasta con la misma familia, que una gripa hay que tomar antibiótico, en esta sobre todo es la información hacia el paciente, es muy importante que el paciente entienda que no debe estar tomando antibióticos, sería buscar la manera de que haya una

información grande hacia el paciente, que entienda que tomar antibióticos sin tener la necesidad de tomar antibióticos, sin completar el tratamiento e irse a esas bombas que vende todo el mundo para mejorarse de cualquier gripa, cometen un error muy grave, yo diría que es muy importante tener una educación muy grande hacia el paciente que entienda que él no debe estar tomando antibiótico cada vez que le da la gana o cada vez que se siente enferma.

No sé si hubiera la manera de tener algún folleto o alguna cosa en los consultorios que uno le pudiera dar al paciente con el sello del ministerio, el sello del IETS, de las instituciones, que le hagan advertencia que no es sano tomar antibióticos cada vez que quiera.

Experta 6: Me gustaría complementar, a mí me parece que sí deberíamos a nivel de legislación, debería ser un poco más efectiva la norma en el sentido de que no se venden antibióticos sin formulación médica, como en algunos países que realmente tienen un control estricto de la formulación, a quién se le hace y así haciendo que a pesar de que las personas quieran adquirir los antibióticos sin ninguna restricción clara, como algunos otros medicamentos que tenemos nosotros bajo fórmulas controladas, me parece que eso es importante, y la otra cosa me parece que debemos hacer campañas al público de que se den cuenta de la importancia de la toma de no antibióticos y de las consecuencias que tienen la resistencia a los antibióticos.

Experto 8: Agregando un punto más a lo que comentaba el experto 4 y la experta 6, yo creo que hay varias cosas, uno, podríamos dependiendo de lo que la guía y lo que se indique en la segunda evidencia, pues tratar de utilizar esquemas de antibiótico que en el caso en que estén indicados que sean más accesibles y fáciles de manejar, un ejemplo, claro es el uso de la penicilina benzatínica intramuscular una única dosis, comparado con una amoxicilina que es una penicilina de primera generación con un esquema de varios días y varias dosis, dónde va a haber problemas de adherencia o hay mayor riesgo de falta de adherencia y de seguimiento de la conducta médica, eso por un lado, por otro lado también en primer nivel de atención cuando yo estuve en rural en San Luis de Palenque allá en Casanare, me acuerdo mucho que lo que hice con las farmacéuticas, las droguerías, fue hablar con ellos de no prescripción de antibióticos hasta que fuera valorado por el médico principalmente y que se diera un manejo netamente analgésico primario y evitar uso de antibióticos, porque me acuerdo que me llegó un niño de un año con una faringoamigdalitis con azitromicina en jarabe y dije, pues ya no le tengo que hacer nada porque ya le dieron tres días de azitromicina, y el niño era un cuadro viral entonces la mamá dijo no puede ser y se le dio un antibiótico que no tenía indicación y un tercero yo creería ya a nivel macro que se puede implementar en políticas y que se ve en otros países, es lo de la formulación electrónica donde los antibióticos si bien no tendrían que ser un medicamento controlado cómo son los opioides, si tendrían que requerir por normatividad para la dispensación en farmacias, la

formulación y ser un poco más estrictos con la adherencia de la formulación médica y creo que ahí se toca en las tres áreas y decía si los pacientes quieren tomarse el antibiótico, pues las farmacias están controladas en su dispensación sin formulación médica, creería que eso serían cosas que se podrían hacer para mejorar.

Moderadora 1: Tenemos un panorama en el que hay varios factores en los que están un poco destinados los elementos para poder hacer un uso racional de los antibióticos en el país por un lado los usuarios por otro los prescriptores que son ustedes y por otro los farmacéuticos en este contexto. En el lineamiento que está plenamente dirigido para los prescriptores en este caso ustedes, me gustaría hacer la siguiente pregunta: ¿Qué información le gustaría tener a la mano para despejar las dudas, para poder seleccionar un buen tratamiento de antibiótico empírico ya sea en faringoamigdalitis o en IVU, dependiendo de su experiencia?

Experta (?): Yo creo que algún fundamental son los patrones de resistencia, los pudiésemos obtener de pronto, así sea a nivel departamental o de alguna forma un poco más específicos sería muy útil esa parte

Experta 10: Por la forma en cómo he visto los pacientes, yo siempre mando tratamiento con laboratorio, si veo que hay una hematología alterada, si la paciente tiene alguna sintomatología o un uroanálisis alterado, se le indica antibiótico, siempre comenzando con el antibiótico con más sensibilidad, el primero de elección, por ejemplo, en las vías urinarias es la nitrofurantoína, con ese yo comienzo a manejar infecciones urinarias o con cefalosporinas de primera generación dependiendo de si evoluciona bien, ahí se termina con el antibiótico, si no, si persiste, pues envía un cultivo por la parte de la infección urinaria y con la faringoamigdalitis me disculpan, pero creo que la primera que he visto que tiene mejor reacción son las penicilinas, siempre mando por primera elección la penicilina con su respectiva prueba de sensibilidad

Moderadora 1: O sea que la primera información que necesitas es la que te da un diagnóstico por prueba.

Experta 6: Otra cosa que me gustaría adicionar, me parece que nosotros como médicos todos deberíamos hablar el mismo idioma, me parece que deberíamos tener un algoritmo para saber si lo hacemos cómo lo vamos a iniciar, si realmente la prevalencia es viral o es el uso no adecuado, desde cuándo voy a usar el antibiótico, cuál escalonamiento voy a tener el antibiótico, porque a veces vemos tratamientos escalonados de primera elección que inician con un antibiótico de tercera generación y vemos que a veces nos quedamos cortos porque iniciamos tratamiento de primera línea realmente demasiado agresivos, en el

momento lo que hablábamos de la parte viral, se inicia con antibióticos de alta gama, entonces me parece que deberíamos, que todos habláramos en el mismo idioma, y todos tuviéramos los mismos lineamientos para que todos manejáramos este tipo de patologías de la misma manera.

Moderadora 1: Experta 6, en la línea y tomando la palabra de usted y de la experta 10 me gustaría preguntar cómo les gustaría que se presentarán estos lineamientos, porque digamos que se construyó el lineamiento y ahora lo que queremos, es que llegue a todos los médicos y médicas del país que tienen el primer nivel de atención, como les gustaría recibir esa información.

Experta 6: A mí me parece un ejemplo muy bueno las tablas que nosotros tenemos en el caso de la reanimación, como lo vemos a nivel de la AHA, que tenemos unas fichas que son bastante prácticas, de bolsillo, que sean fáciles de consultar, que sean claras que es lo que uno necesita tener como básico y ahí hacer el escalonamiento, me parece que sería una idea bastante interesante, como un mapa conceptual donde podamos manejar si éstos y si esto no, que tener unos puntos claros, que yo lo pueda consultar fácilmente que sea claro y fácil de usar y fácil de cargar.

Experta 2: Aquí, información que me gustaría tener a mano para despejar las dudas en el tratamiento de antibiótico empírico, nosotros desde el punto de vista de infección de vías urinarias bajas tenemos dos posibilidades, una tenemos mucha cistitis asintomática que realmente es bacteriuria asintomática que realmente no se necesitan tratar, yo pienso que es importante aclarar, que es una bacteriuria asintomática y que no se debe tratar y lo otro es tener básicamente el tratamiento de urocultivo que sean más de 100000 colonias porque menos de 100000 colonias es bacteriuria asintomática y no se trata, entonces pienso que lo más importante tener muy claro los lineamientos de laboratorio y las buenas guías de manejo para saber cómo en efecto dar antibiótico, porque el antibiótico empíricamente desafortunadamente no está recomendado.

Experto 4: Ahorita que estamos en la época de la tecnología sería interesante tener una App con las guías, porque uno debe basarse en las guías, las guías son los que te guían hacia dónde tengo yo que pensar y dirigirme, cómo es que tengo que iniciar, no me funcionó listo, entonces ahora tengo que hacer esto, siempre hemos dicho que las guías es una ayuda para estar con la mayor actualización sin ser una camisa de fuerza porque no todo el mundo es igual, entonces ya que estamos con la tecnología pensar en una tener una app para esto, una aplicación para celular

Experto 11: Algo que me gustaría, no sé si se encuentra disponible en Colombia es ver desde un punto de vista tecnológico, las principales bacterias que afectan el tracto en este caso sería la vía aérea superior, para una faringoamigdalitis, otro tipo de infecciones como lo es urinario en el cual se muestra un espectro de resistencia de antibióticos, ya sea por regiones socio (no se entiende), no sé si haya una proyección de un estudio al respecto o en su defecto si ya se tiene una base que promueve por lo menos a nivel nacional y que fuese incluido en la misma guía.

Moderadora 1: Los lineamientos están basados en una revisión de la resistencia bacteriana en el país, en esa medida experto 11, ahí ya hay un primer lugar de ubicación que garantiza esto que usted está solicitando, pero adicional a eso como más le gustaría que estos lineamientos fueran difundidos para todo el personal médico del país.

Experto (?): Complementando un poco lo que decía el experto 4 y el experto 11 es tal vez hacer eventos académicos desde las organizaciones de profesionales, ahí hago la cuña un poco de las organizaciones, el colegio médico las sociedades científicas en donde podrían darse como esta difusión de estos lineamientos con los directivos, las personas que participaron en la creación de los lineamientos y con respecto al comentario del experto 4 de la App, eso se conoce como una clinical Support decision, son aplicaciones para soporte a las decisiones clínicas y sería muy útil que tuviera no solamente el tratamiento, sino la epidemiología y los patrones de resistencia microbiológica que hay en el país así sean del año que sean, pero sería muy útil para el seguimiento y las decisiones clínicas en el uso racional de antibióticos.

Experto 11: No sé si la guía, o futuras guías pudieran traer también, cómo podría hacer ese enfoque en paciente ambulatorio de consulta externa versus aquí al paciente que se encuentra en área hospitalaria de hospitalización o en su defecto de cuidado intensivo que pienso que los expertos, o los productos antibióticos cambian según el patrón de cada institución, no sé si se pudiera realizar esa orientación.

Moderadora 1: Estamos con lo que tiene que ver con el primer nivel de atención del uso racional de estos antibióticos, básicamente en el primer nivel de atención para las IVU en mujeres inmunocompetentes, IVU no complicadas y para faringoamigdalitis también en adultos inmunocompetentes, por ahí estaría el ejercicio de los lineamientos que hoy estamos trabajando en este encuentro.

Moderadora 2: El lineamiento fue actualizado 2019 con la flora bacteriana que se identificó más común en infección de vías urinarias en la comunidad y la resistencia bacteriana en la comunidad que es resistencia bacteriana que no cambia tan frecuentemente, que es

contraria a la resistencia bacteriana que sí puede ocurrir en el ámbito hospitalario dónde por regiones e incluso por hospitales puede presentarse una resistencia particular y por eso en los hospitales cada seis meses están revisando cómo va la resistencia a ver si le quieren hacer algún cambio en sus protocolos que derivan de la política de uso prudente de antibióticos, pero este lineamiento es específico para consulta externa y en la comunidad no nos cambia tanto la resistencia tan frecuentemente, este lineamiento es una actualización, supongo que se harán actualizaciones con la frecuencia requerida de acuerdo a lo que sepan los expertos infectólogos de los cambios de resistencia en una comunidad.

Experta 9: Con respecto a la pregunta anterior las dificultades para el inicio del manejo, me he encontrado varias veces con que yo dejo el manejo, le dejé el paciente, mira esta es la fórmula y la dificultad de que en el municipio no se encuentra el medicamento, yo digo, voy a dejar tal manejo, el paciente camina por todo el pueblo se va a todas las farmacias, vuelve a la consulta y me dice doctora, no hay el manejo, enseguida pienso, y acá en el pueblo que sí tengo, esa es una dificultad a la que me he enfrentado varias veces y es el tema de que no cuento con muchos medicamentos que serían la primera línea de manejo y tengo que pensar mandarle cuál y decirle al paciente, mira si en tantos días no ha funcionado, por favor, vas por urgencias, porque si es muy difícil hacer un manejo completo y adecuado cuando ni siquiera se encuentran los medicamentos en el municipio.

Moderadora 1: Nos pones en un tema muy complejo y más en este país donde las regiones son tan diversas tan distintas y los accesos a salud hemos notado que también son muy distintos para cada sujeto. Entonces nos pones algún tema muy complejo sin embargo, el lineamiento trabaja el acceso algunos medicamentos que están dentro de las tecnologías en salud disponibles en el país de ahí partir y Amos pero una cosa es lo que nos proponemos y otras son las realidades, pero muchas gracias por el aporte.

Experto 3: Tengo varias intervenciones no había podido por cuestiones de la conectividad, creo que hay varios puntos que hemos tratado y que son bastante importantes, uno de ellos es la caracterización no tanto de la resistencia bacteriana, sino la caracterización en general, de cuáles gérmenes son los más prevalentes y así poder hacer una terapia antibiótica definida, así sea empírica pero que ya tengamos la caracterización en las poblaciones en general así sea por departamentos por ciudades por municipios, que se pueda tener la caracterización tanto de la microbiota a nivel de la comunidad como a nivel hospitalario, creo que ese es un punto bastante importante.

La otra es la socialización que se pueda hacer a través de las diferentes regionales y a través de las diferentes sociedades para que todos tengamos lo que habían dicho previamente, un solo objetivo y unos lineamientos puntuales, que esta guía pueda ser una



herramienta de consulta a nivel nacional y que sea un adherencia grande por parte del personal de salud para que podamos hacer lo que estamos tratando hacer, un uso racional de los antibióticos, no que sea por experiencia ,no que sea porque a mí me ha ido bien o por algo empírico, sino que sea un estudio juicioso y una adherencia juiciosa a las guías, yo creo que el papel del médico, aunque lo hemos discutido en varias ocasiones, que el tiempo que nos exige una eps, que nos exige un sistema de salud no sea el impedimento para que uno pueda hacer cultura y uno no pueda hacer educación con el paciente, que si el paciente consulta por riesgo cardiovascular, por alguna cosa, yo tomé un minuto de esa consulta y le diga a ver cuándo usted se sienta enfermo, puede venir puede acercarse al puesto de salud, puede sacar una cita con su médico general, con su médico de familia, por favor no utilice los antibióticos que le dan en la droguería, porque eso no está bien, no es sano para su salud, va generar mayor resistencia, la resistencia es algo muy grave algo que lo puede llevar a usted a una unidad de cuidado intensivo, a usted, a su familia, su comunidad a su entorno, entonces digamos que el impacto del médico que se toma 1 o 2 minutos de su consulta para hablarle de un tema totalmente diferente al paciente por lo que consulta seguramente va a generar recordación del tema y otra cosa importante es que realmente se puede hacer un control estricto así, cómo se hace un control de los medicamentos controlados, las benzodiazepinas o los medicamentos opioides que también haya una reglamentación que así sea en el último rincón de Colombia tiene que tener una casa farmacéutica que sea la responsable del suministro de esos medicamentos, porque realmente la población adquiere los antibióticos cómo adquirir un analgésico y eso no puede continuar en nuestro sistema de salud, esas serían como las intervenciones grandes

Moderadora 1: Muchísimas gracias, un resumen muy pertinente y además muy justo en este momento en el que quisiera recoger muchas de las cosas que ya se han dicho, bueno, las responsabilidades que tenemos en la educación en salud, específicamente el experto 4, nos hablaba de quizás un folleto que le permitiera el poder hacerle entrega los pacientes para recordarles cuál sería el manejo correcto, de la toma correcta de los medicamentos, sobre los antibióticos en este caso para poder ayudar en este control o en este uso racional de los antibióticos y por eso hay un elemento que me parece importante que podemos rescatar con esta pregunta que tenemos aquí y es, hay cosas que de pronto en el diario, en la práctica cotidiana se nos olvida, se nos pasa, no es de fácil recordación o que son más frecuentemente olvidadas frente al tratamiento antibiótico y frente al autocuidado de los pacientes, cuáles creen ustedes que son esos olvidos más comunes como personal médico. Alguno de ustedes quiere empezar.

Experta(?): Creo que uno de los olvidos más frecuentes en el gremio médico es cada cuánto se debe tomar el antibiótico, desafortunadamente la mayor resistencia de los gérmenes al antibiótico es la mala toma del antibiótico por la vida media, por la biodisponibilidad,

entonces una falta de conocimiento total respecto, a cómo actúa el antibiótico, un conocimiento y en cosas muy sencillas como cada cuánto es la toma y por cuántos días, generalmente tampoco es muy claro, si uno fórmula, uno lo mandó a 7 días otro 10 días, otro 8 días, realmente esa parte del conocimiento exacto de cómo es la biodisponibilidad del antibiótico y cómo se da el total.

Moderadora 1: Muchísimas gracias un aporte valiosísimo para lo que queremos hoy difundir.

Experto 3: No sé, las principales por las que hay una falla terapéutica es el abandono del paciente, seguramente que sí era un cuadro viral en tres o cuatro días va a tener la resolución de su sintomatología y eso hace que se presente el abandono, los esquemas largos de antibiótico hace que sea más difícil la adherencia y cuando los medicamentos superan las 8 horas es decir que tiene que tomárselo cada 6 horas es mucho más difícil porque van a quedar dosis en la madrugada, en la noche que los pacientes seguramente no se van a levantar a tomar las entonces, creo que un esquema largo y un esquema que requiera una dosis muy frecuente va a tener un fallo terapéutico.

Experto 4: En eso tienen toda la razón, lo que acaba de decir el experto anterior, yo tengo muchas veces problemas, cuando formulo un antibiótico cada 6 horas, la persona cada 6 horas decidió que estas son tres veces al día, entonces uno le dice 24 horas dividido... quiere decir cuatro veces al día entonces, los pacientes muchas veces no entienden bien y una de las cosas que yo siempre peleo mucho, uno tiene que explicar muy claramente de verdad como es el manejo de los medicamentos, cómo es que se lo tienen que tomar y por cuánto tiempo, a la gente le gusta ponerle mucho miedo al antibiótico en algunos casos, entonces qué me va a secar la sangre, que me va a dar anemia, que esto me va a dañar lo uno, lo otro entonces abandonan muy fácilmente tratamientos y lo que favorece es ese aumento de resistencia. Y lo otro que uno ve, sobre todos los pacientes de edad, que están multi formulados, es muy complicado, que de verdad puedan tener una buena ingesta de este nuevo medicamento, si uno ve una fórmula de una persona que sea hipertensa, que tenga problemas cardíacos, posiblemente está formulado con siete u ocho medicamentos, entonces meterle otro es un complique y es muy difícil que de verdad la gente haga una adherencia al tratamiento como debería ser.

Moderadora 1: en síntesis, una de las cosas en la que mayor educación tendríamos que hacer para lograr este uso racional de antibióticos según lo que ustedes nos recomiendan y una información que tendría que estar socializada obligatoriamente es que se haga una educación frente a la hora, a la toma y a las dosis exactas que se tiene que tomar el paciente

o la paciente de acuerdo a la patología y de acuerdo al requerimiento o al tratamiento que se ha dispuesto por el médico, Es así u omití algo.(expertos y expertas de acuerdo)

El lineamiento trabaja muchas de esas cosas que estamos viendo, trabaja las maneras en que podemos hacer un diagnóstico diferencial en una IVU, diagnóstico diferencial en una faringoamigdalitis bacteriana y una viral y también obviamente cómo hacer nuestras primeras elecciones del tratamiento antibiótico, El lineamiento es completo ,es complejo y como todos los lineamientos y todas las guías casi siempre son cargadas en letras y un tanto amplios, como les gustaría ustedes, que este conocimiento que está en este lineamiento, llegará a sus prácticas cotidianas que estuviera constantemente en sus manos.

Experta 10: Creo que sería más fácil para uno poder estar en la actualización, como dijo el experto con una App, la utilización del teléfono rápido, pero también si llegarán por correos estos lineamientos uno que lo estuviese ahí en la bandeja de entrada de cualquier forma de que si la App no te funciona uno se mete y puede ver estos lineamientos, así en una emergencia uno rápido revisa si el paciente tiene una infección viral en las vías respiratorias superiores y cuáles son, el algoritmo que estaba mencionando la experta, qué es lo que se puede hacer si pide una hematología o pido un exudado, no sé si me explico, creo que así, se le hace uno a veces más fácil en un momentico revisar porque a veces en ocasiones las App se quedan cargando, pensando, en cambio teniendo los lineamientos descargados de una vez en un archivo en el teléfono se le hace a uno más fácil revisar y poder indicar cualquier tipo de antibiótico al igual que como la sensibilidad y la especificidad y la epidemiología de cada municipio dependiendo de qué bacteria o virus o parásitos esté presente allí.

Moderadora 1: Por ejemplo, podría ser en póster, en folletos, lo que nos recomendaban la experta 6, en recomendaciones de bolsillo, no sé, cartillas, no sé en qué material les gustaría que estuviera eso además de la App e infografías.

Experta: Otra opción, sería chévere una App ahora con la tecnología de los celulares, sería interesante hacer una App donde uno, vaya poniendo sus puntos afirmativos o negativos y que él le indique cómo los pasos a seguir, como algunas guías ahora que se manejan de reumatología, hay varias aplicaciones y sería una buena, interesante obviamente sin dejar las de bolsillo, porque hay municipios en Colombia donde no se tiene internet.

Experta 5: Lo que creo que recogiendo todas las recomendaciones de las demás personas definitivamente si se va a desarrollar una aplicación pienso que sería muy útil, sin embargo, si me pongo a pensar de donde tienen o donde tienen los médicos generales sus apuntes o sus cosas para revisar en un momentico es en su galería de fotos de su celular, entonces a qué voy, de pronto si la aplicación es muy útil, pero tendríamos que pensar una aplicación

que esté siempre así no tenga conexión a internet y la imagen y todo cargue siempre y se esté actualizando, sería una buena herramienta así, si es una actualización continua, si lo que estamos buscando es hacer una cosa para que sea una herramienta a la mano, de entrada haría definitivamente una infografía, porque pienso que la gente la mayoría de médicos generales acude a medscape por ejemplo y su celular de entrada o a su imagen que tiene guardada de las perlas, que siempre guarda para las cosas muy importantes y muy frecuentes que tiene a la mano, por qué una infografía y por qué algo tan reducida, porque estamos buscando llegar al correcto tratamiento en el menor tiempo posible, porque nosotros tenemos 10 o 15 minutos para una consulta médica, entonces no podemos poner a revisar una guía que tiene 70 recomendaciones y que al final uno no encuentra en qué partecita dice exactamente, qué es lo que tengo que hacer mientras una imagen o algo visual si nos va a orientar mucho más rápido, estoy muy de acuerdo con la persona que dijo que deberíamos tomar el modelo que tiene la AHA con el ACLS y el BLS para orientarnos rápidamente, pero lo haría de entrada por un correo por una publicación, reducir eso en cualquier cosa que distribuya una infografía, qué pienso que es lo que más guardan los médicos en Colombia

Experto 4: Los que somos viejitos en un momento dado tuvimos una cosa que se llamaba el usuario pediátrico y con eso manejaba uno toda la pediatría del mundo era un libro que uno cargaba todo el día en el bolsillo y esa es la idea que uno pueda hacer una consulta rápida en un momento dado, por ejemplo el mismo PML; nosotros habíamos hecho unos convenios con PML y ellos regalan como una suscripción para poder formular y es interesante esa suscripción porque la persona que se mete ahí y fórmula le aparecen las contraindicaciones, le aparecen todos los posibles efectos secundarios y todo eso ahí mismo en la formulación, la idea es que ojalá un día en Colombia acabemos con, uno una historia única universal en el país y dos con ojalá una formulación única nacional de todo, eso va ayudar mucho a tener un control sobre todos los medicamentos y dejar de tener que llenar vainas absurdas que sigo insistiendo y seguiré insistiendo toda mi vida, como un mipres, que eso lo único que hace es complicarle la vida a todo el mundo. entonces, ojalá algún día acabemos con una formulación y que se pueda en ese momento de hacer la fórmula, aparezca pantallazo en ese momento de cuidado con las contraindicaciones cuidado con esos efectos secundarios.

Moderadora 1: Alguien más que aporte sobre esta línea como nos gustaría que se nos presentarán estos lineamientos para nuestra práctica diaria en qué formatos

Experto 8: Algo que se podría hacer pensando con una visión tecnológica, es todos los proveedores de los sistemas de historia clínica digitales que están en el país, están regidos por decretos nacionales y sería fácil incluirlos dentro de ellos, que se incluyera el acceso o

el direccionamiento cuando se formule el antibiótico a las guías de práctica clínica del ministerio a dónde están los repositorios o inclusive dentro de esos mismos sistemas de historia clínica se incluyen resúmenes frente a los usos de antibióticos, eso se podría ser muy fácil con la tecnología y hoy por hoy se integran sin ningún problema y se podría reglamentar de una forma más sencilla.

Moderadora 1: Veo que tenemos dos visiones: por un lado la tecnología como es eficaz para ese tipo de información y por otro lado aquella información que tenemos más a la mano, qué podemos guardar en el escritorio o tener en el bolsillo como las infografías los folletos y demás, pensando en Colombia, pensando en las circunstancias en que normalmente acompaña la práctica cotidiana del médico o de la médica, me gustaría saber si esta información le gustaría ustedes encontrarla en frases largas explicativas o cortas y contundentes ya sea en la aplicación o sea la información que ustedes van a encontrar en infografías o en otro tipo de materiales más escrito y visual.

Experta 2: Yo me pongo a pensar en esas regiones donde no hay ni internet, entonces, una litografía incluso fácil de colocar en un sitio visual que sea más visual menos palabras o más de algoritmos, cómo imágenes, que sea más fácil para el médico que sea sencillo, no tan largo y no tantas palabras porque finalmente debe ser básico y yo poderlo aplicar y tener a la mano, me parece que grandes explicaciones no, es más algoritmo y más sencillo de llevar.

Experta 6: Estoy de acuerdo, me llama la atención algoritmos que era lo que yo había comentado anteriormente que me parecía que es práctico, lo tiene uno a la mano, al alcance y que sea claro y corto me parece que nosotros, entre más práctico es más útil para nosotros.

Moderadora 1: En esta misma línea les traemos dos imágenes que son comunes o de alta difusión en el ámbito médico para seguir algunas prácticas de cuidado y nos gustaría saber cuál de estas les parece más llamativa o cuáles parece que podría ser de mayor utilidad para difundir los lineamientos. Me gustaría tener la opinión de todos.

Experto 4: La de la izquierda que está con los dibujos es como para hacer un procedimiento, es mucho más explicativa y en ese sentido es más fácil de aplicar, pero es más para procedimientos, pero si uno va hacer una formulación mientras más conciso y más corto mucho mejor porque si uno se pone a buscar en unas frases largas en algo largo, ahí se fue el tiempo de la consulta, en eso tenemos que ser realistas, que mientras más conciso sea y menos dispersión pueda haber yo preferiría siempre el de la derecha.

Experta 2: Apoyó la idea del experto 4, me parece que debe ser muy conciso muy rápida la lectura y el algoritmo debe ser sí o no y la flechita muy rápido para poder interpretar rápidamente y hacer el tratamiento lo más eficaz posible uno tiene que dar las herramientas más prácticas a los médicos, porque estoy de acuerdo, tal vez lo de los dibujitos es más para procedimientos. Nosotros la utilizamos mucho en código rojo, tenemos muchísimos, también en dibujitos y tenemos con colores y tenemos signos, pero eso es más como para procedimientos, pero creo que para algo que es para formulación creo que más la de la derecha.

Experto 11: Dependiendo de para quién iría dirigida si es para los pacientes, una imagen dice más que mil palabras entonces el de lado izquierdo, si es para una especie de guía, los flujogramas o en mi opinión personal permiten un entendimiento más rápido, pero si es para áreas baños, el lugar de lavamanos previo entre un procedimiento quirúrgico también sería el de la izquierda.

Experto 1: creo que de acuerdo a lo que decía el experto 4, lo otro es que la imagen de la izquierda se ve muy bonita, pero lo que se requiere es algo que sea entendible que se pueda leer, porque la imagen de la izquierda no se puede leer, toca acercarse mucho, entonces creo que el flujograma de la derecha es lo ideal para tenerlo más conciso y lo más simple a la mano.

Experta 5: Concuero con todos pienso que para términos de tratamiento que no tiene que ser visual para nosotros nada, porque estamos hablando de una formulación es el de la derecha.

Experto 3: Coincido con todos sí es para el tema de toma de decisiones el esquema de la derecha y si es para socializar en áreas comunes o para el paciente el de la izquierda.

Experto 8: Concuero con todos, si el tema es para el esquema tratamiento para profesionales, el de la derecha, sólo haría una recomendación tal vez de hacer como una señalización un poco mayor cuando se habla de medicamentos. como las palabras en negrilla o las figuras geométricas con algún resaltamiento un poco mayor para que sea más direccionado al punto al que queremos llegar y si es para pacientes, pues una infografía como las imágenes de la izquierda.

Moderadora 1: El experto 7 expone en el chat que prefiere el de la derecha.

Experta 9: Completamente de acuerdo, el esquema de la derecha es para la toma de decisión rápida por parte del médico y la izquierda para socializar el paciente y decirle mire así es como tiene que hacer, así se lo tiene que tomar.

Moderadora: Gracias, ahora nos gustaría saber si existe algún líder de opinión, alguna persona, algún médico especialista que ustedes consideren experto en el manejo de temas del tratamiento o del uso racional de antibióticos ya sea el tratamiento en infecciones de vías urinarias o en faringoamigdalitis que pudieran reconocer que podían ustedes recomendarnos para que pudieran aportar o apoyar en la difusión de estos lineamientos, quizás un experto internacional guardiana, que ustedes sigan.

Experto Yo (?): Recomendaría que se relacionara un poco a los presidentes de sociedades científicas referentes a los temas específicos que se van a buscar porque según su espectro gremial y profesional son los más representativos y también podría ser útil, no sé, tanto como experto, pero sí para darle visibilidad a toda la reglamentación y a todas las conductas que se están tomando con estas guías utilizar los influenciadores médicos que hay en las redes sociales que hay varios que tienen una alta trayectoria y visibilidad engagement, qué es un término que se utiliza hoy por hoy muy comúnmente por parte del sector salud y podría seguir como difusores de la información, por lo menos de que se actualizó la guía y que se actualicen en revisar la guía o esas conductas médicas y podría ser muy útil para todos los profesionales también.

Moderadora: ¿Conoce usted el nombre de alguna de estas personas que pueda colaborar?

Experto (?): De presidentes de sociedades científicas no conozco el dato puntualmente creo que el experto 4 podría dar ese nombre puntual y de influenciadores médicos hay varios uno está el doctor Negreti, creo que los otros asistentes conocen algunos influenciadores médicos que son muy visibles en redes sociales.

Experto 4: Aquí tenemos gente muy buena y en sociedades científicas, pues son los que traen toda la nueva ciencia acá, entonces, así estaría totalmente de acuerdo que esto tiene que ser con la colaboración del presidente de la sociedad colombiana de infectología, medicina interna, ginecobstetricia, el mismo otorrinolaringología, neumología para el manejo de estas cosas para poder hacer un consenso y yo estoy seguro que el resultado será espectacular. Lo otro que yo también recomendaría un poquito, es también estas secciones de médicos de los noticieros de las diversas cosas, como por ejemplo Carlos Francisco, el doctor Julio Durán en RCN, ahorita se me escapó el nombre de la doctora de caracol, toca aprovechar ellos para que nos ayuden a hacer una difusión de todo este tema, María Fernanda la de caracol.

Moderadora 1: Este podría ser un medio para difundir la información a pacientes y para difundir esta información a todos los médicos generales del país, quienes creen ustedes que sería esa persona que definitivamente es un líder de opinión y que convocaría el uso de los lineamientos.

Experto 4: Mira yo puedo decir que por parte del colegio médico colombiano nosotros lo que tenemos es una base de datos muy grande que podemos usar para mandar esto, no es que sea el influenciador número uno, o la persona de más credibilidad, no, esto tiene que ser institucional, si es institucional va a tener mucha más fuerza, que ustedes mismos IETS, que produzcan eso en unión con la sociedad científica en unión con todos los que hacen la producción científica, sería para mí lo que más le daría peso, no en el caso de una persona por parte del colegio, pues nosotros ofrecemos totalmente todos los que son los medios, las redes del colegio y nosotros mismos hacemos cursos, que los hacen los rurales para el servicio social obligatorio donde tratamos de mantener actualizados todos estos sistemas entonces, yo ofrezco, el colegio para hacer difusión de esto con el mayor de los gustos, esa es la idea del colegio colaborar en eso, pero vuelvo y te digo, no creo que sea como un influenciador, sino más bien instituciones las que sean las influenciadoras.

Moderadora 1: Tomaremos la palabra doctor muchas gracias por el ofrecimiento del colegio, estaremos tomando ese ofrecimiento.

Experto 4: Hemos hecho varios trabajos con el IETS, con la sociedad colombiana de oftalmología, entonces chévere, porque conozco el trabajo de ustedes.

Moderadora 1: Por último, nos gustaría que miráramos qué obstáculos encontramos, casi siempre cuando intentamos motivarnos a leer o a conocer información en salud sobre todo como la que presentan estos lineamientos, cuáles son nuestros principales obstáculos para hacer esa consulta rápida o para ingresar a este tipo de información.

Experta 6: En mi opinión el obstáculo que tenemos a veces es lo que les comente, obviamente a veces la falta de tiempo de nosotros y que a veces estamos bombardeados por mucha información, a veces ese hecho de la falta de tiempo y en este momento en el que estamos pasando, realmente yo he insistido mucho en que debe ser una cosa bastante práctica para que realmente tenga el impacto que necesitamos que tenga, me parece que lo más importante ahí sería en la presentación de la guía, para que eso no se convierta en un obstáculo.

Moderadora 1: Voy a leer lo que pone el experto 7: la falta de actualización y la lluvia de ideas sin criterio de estudio previo (Lo pone en el chat)

Experto (?): No sólo es la parte de lo que decían anteriormente, sino también la parte del tiempo, porque desafortunadamente de muchos médicos generales que trabajan en dos turnos de 8 horas, entonces son 16 horas y le queda muy difícil llegar cansado a leer una guía o un documento bastante amplio. Entonces creo que deberíamos mirar o hacer algo más resumido lo más necesario posible con la información más corta posible para que se pueda llegar a difundir y poder así mismo que el médico general se empodere de ese mismo aprendizaje, porqué de hecho nosotros hemos tenido la experiencia y ahorita con todo este tema de la pandemia, que todo se volcó a lo virtual y mucha gente está con los webinars y todo eso satura los mismos médicos, entonces hay que mirar otras estrategias para poder llegar a los médicos generales, llegar a todos los médicos de atención primaria para que puedan conocer este tipo de guías y también como decía el experto 4, en este momento todas las instituciones que puedan colaborar para difundir las guías, y también como el experto 4 ofreció el colegio médico, nosotros ofrecemos la sociedad colombiana de médicos generales para poder difundir, además nuestro alto alcance en redes sociales, nuestros afiliados, que ya superan casi los 7000, entonces creo que es algo que tenemos que mirar cómo llegarle más rápido a los médicos y se pueda tener un acceso y se leería correctamente, no se quede como la guía guardada en el celular.

Moderadora 1: Agradecemos el ofrecimiento y estaremos haciendo uso de esa oferta.

Experto 3: Creo que cuando uno revisa una guía que sea muy extensa realmente se torna dispendioso terminar de leerla o llegar a las conclusiones y hay muchas guías que no se comprometen y no dan un criterio certero y no dan una orientación específica, entonces queda todo en entredicho, si la guía es avalada por las diferentes entidades y uno tiene el respaldo científico de ampararse en esa guía para hacer la prescripción creo que se va a usar en una mayor cantidad y lo otro es que uno puede consultar en este momento la guía o abordaje inicial para manejo de infección de vías urinarias y le van a aparecer guías de todas las sociedades, de todos los países de todos los consensos, entonces sí se puede establecer esta guía como un parámetro inicial, para el manejo inicial en todo el territorio nacional creería yo que tendríamos un impacto bastante grande, creo que al hacer una guía resumida con cosas muy puntuales y si tenga el respaldo científico por las diferentes agremiaciones o asociaciones incluso por el mismo ministerio creo que sí va a ser una guía en general para la práctica clínica.

Experto 4: La recomendación mía es que esas guías tienen que los médicos generales que estén haciendo la consulta, la revisen para que vean si de verdad son concisas y les ayudan

porque esto es como las cosas de habilitación, hay un técnico que la hace muy bonito, muy lindo y llega uno y la aplicación en la realidad es absurda y si tiene todo el soporte científico, todo lo que uno quiera, pero no la va a aplicar y es absurdamente grande, es absurdamente complicada o como la experiencia que tuvimos hace unos años de unas guías de manejo de la diabetes infantil que fue un tratado y cómo fue una fusilada de unas guías australianas, teníamos aquí darles a los niños muffin de manzana, son cosas absurdas que se salen de la realidad, entonces mi solicitud es hay que hacerlas apoyados en todas las sociedades científicas en los expertos, pero que sean validadas por médicos generales, por rurales que están haciendo el día a día en esa consulta y que les ayuden un poquito a revisarla, a ver si de verdad es de fácil accesibilidad o no, porque si no vamos a acabar con unos documentos gigantescos o unos documentos que de pronto no nos van a servir para cuál es la idea de ese servicio.

Moderadora 1: En resumen, me gustaría hacer una síntesis, hemos recogido una gran cantidad de ideas que agradecemos enormemente desde el IETS para poder llevar a la socialización de este lineamiento.

Nos vamos con unas estrategias de difusión basadas en la tecnología, pero también basadas en algunas herramientas de manejo diario y cotidiano a partir de lo físico como infografías y aquellas que podemos acceder de vía web, además que sean de fácil difusión útiles, claras y concisas, casi el manejo de flujogramas y finalmente que sean validadas o que sean puestas a prueba en terreno. No sé si dice una síntesis correcta o alguien quisiera añadir algo más.

Agradecimientos y despedida finales.