



Fundación
Universitaria Sanitas



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA



SECRETARÍA DE
SALUD



1.^a
EDICIÓN

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA

VOLUMEN III
DOCUMENTO DE UNIFICACIÓN
DEL MANEJO CLÍNICO DE LA
DIABETES MELLITUS TIPO 2

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA

Aportes para la implementación de la Ruta de Atención Integral Cardio Cerebro Vascular Metabólica en la Red Pública de Bogotá

No esta permitida la reproducción total o parcial de este documento, su tratamiento informático, la transmisión de ninguna otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro, u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Derechos reservados 2021, respecto a la primera edición en español, por
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS
Dirección

ISBN: 00-00000-000 (Obra Completa)

ISBN: 00-00000-000 (Volumen III)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



Alcalde Mayor de Bogotá D.C.: Claudia Nayibe López Hernández
Secretario Distrital de Salud: Alejandro Gómez López
Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial: Juan Carlos Bolívar López
Directora de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud: Yiyola Yamile Peña Ríos
Referente técnico de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas de la Secretaría Distrital de Salud: Julián Rafael Gaviria Escobar



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Gerente Subred Sur Occidente: Omar Benigno Perilla Ballesteros
Subgerente de Prestación de Servicios de Salud (E): Daniel Blanco Santamaría
Directora de Gestión del Riesgo en Salud: Sandra María Bocarejo
Supervisora contrato Subred – Unisanitas: Mónica Bello
Referente técnico de la Subred para la Ruta Cardio Cerebro Vascular Metabólica: Mayerly Hernández González



**Fundación
Universitaria Sanitas**

Rector: Mario Arturo Isaza Ruget
Vicerrectora: Sonia Herminia Trujillo
Director de vinculación con el sector externo: David Vergara Durán



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



**Fundación
Universitaria Sanitas**



EQUIPO DE TRABAJO UNISANITAS

Contrato No. 6116 de 2021 suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y la Fundación Universitaria Sanitas

Docente líder del proyecto:

Alexander Gómez Rivadeneira

Equipo de trabajo Unisanitas:

Ángela Patricia Gómez Sotelo
Diego Alejandro Pinto Pinzón
Lina Paola Fajardo Latorre
Álvaro Muñoz Escobar
Alejandro Perdomo Rubio
Francy Yanira Pineda Granados
Ruth Nataly Tovar Parra
Camilo Alberto Caicedo Montaña
Javier Andrés Gómez Valles
Dolores Bolaños Posso

Apoyo administrativo y logístico:

David Vergara Durán
Nidia Hernández Escobar
José Fernando Sánchez Larrota
Julieth Andrea Esquivia Navarrete
Nathalia Camila Cagua Sanmiguel
Luis Alberto Ordoñez Bolívar

Apoyo académico y pedagógico:

César Sánchez Ramírez
Daniel Eduardo Quintero Gutiérrez
David Enrique Aparicio Martínez
Hernán Darío Rueda Rodríguez
Holman Giovanni Barrios Moreno
Jefferson Andrés Conde Torres
Laura Milena Galindo Franco
María Alejandra Martínez Rodríguez
María José Tapias Lozada
Olga Margarita Monroy Parra
Patricia Caro Jiménez
Wilder Andrés Villamil Parra
Yaravi Caicedo Arzuza

Agradecimientos:

La orientación técnica del doctor Julián Gaviria Escobar y la jefe Mayerly Hernández González fueron fundamentales para la elaboración de este documento.

El equipo de Unisanitas agradece los comentarios recibidos por las líderes de ruta, médicos, administrativos y demás profesionales de las subredes durante la ejecución de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDOS

1. PRESENTACIÓN.....	7
2. CONCEPTOS CLAVE	9
3. METODOLOGÍA	11
3.1 Fase 1. Preparación	12
3.1.1 Definición del objetivo del consenso para la unificación del manejo clínico de la DT2	12
3.1.2 Conformación del panel de expertos y equipo técnico de trabajo	12
3.1.3 Análisis del contexto de la implementación de la ruta CCVM mediante entrevistas y grupos focales al equipo técnico de trabajo	23
3.2 Fase 2. Preparación Documento Conceptual y Diseño de Cuestionarios para el Consenso y la Unificación de la DT2	30
3.2.1 Revisión y unificación de documentos, normatividad y protocolos basados en la evidencia para elaborar con los expertos y el grupo técnico de trabajo un documento conceptual.....	30
3.2.2 Diseño de los cuestionarios para el consenso de DT2	31
3.3 Fase 3. Metodología y Resultados Reuniones de Consenso para la Unificación de la DT2	33
3.3.1 Convocatoria	33
3.3.2 Metodología para el Consenso de la Unificación del manejo clínico de la HTA	33
3.3.3 Resultados primera reunión de Consenso DT2	34
3.3.4 Resultados segunda reunión de consenso DT2.....	42
3.3.5 Resultados formulario digital DT2	48
3.3.6 Resultados finales 1,2,3 y 4 ronda de Votación Consenso DT2.....	64
3.3.7 Resultados tercera reunión de Consenso DT2	80
3.3.8 Resultados cuarta reunión de Consenso DT2.....	87
3.4 Fase 4. Elaboración y Consenso de Algoritmos para la Unificación del Manejo Clínico de la DT2	93
Bibliografía	98

Lista de Tablas

Tabla 1. Mapa Instituciones/organizaciones implicados en la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 2. Mapa de agremiaciones científicas a convocar para la solicitud de aval de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 3. Mapa de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (I nivel de atención) implicadas en la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 4. Mapa de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (II nivel de atención) implicadas en la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 5. Mapa de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (III nivel de atención) implicadas en la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 6. Participantes seleccionados para la asistir a las reuniones de Consenso para la unificación del manejo clínico de la DT2.

Tabla 7. Resultados Coeficiente de Conocimiento expertos que participaron en la votación para la unificación del manejo clínico de la DT2.

Tabla 8. Participantes seleccionados para entrevistas y grupos de discusión para el análisis de contexto de la implementación de la ruta CCVM.

Lista de Figuras

Figura 1. Metodología para la unificación concertada del manejo clínico de la DT2 en las 4 Subredes del Distrito Capital.

Figura 2. Percepciones de los entrevistados.

Figura 3. Reuniones para el consenso en la unificación del manejo clínico de la DT2.

Figura 4. Algoritmo Tamizaje y Diagnóstico DT2.

Figura 5. Algoritmo Abordaje terapéutico DT2.

Figura 6. Manejo de DT2 con ECV establecida, ERC o Falla cardíaca.

Figura 7. Algoritmo Manejo de DT2 sin ECV establecida, ERC o Falla cardíaca.

Figura 8. Algoritmo Insulinización.

1. PRESENTACIÓN

En el marco del convenio interadministrativo 690 de 2019 celebrado entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E y el Fondo Financiero Distrital de Salud para el fortalecimiento de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Cardio Cerebro Vascular Metabólica, en los eventos priorizados: hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) del Distrito Capital; se tiene el propósito de generar un documento que dé cuenta de la unificación del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2 con el apoyo de una entidad académica.

La Fundación Universitaria Sanitas, mediante el contrato 7982 de 2019 con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, desarrolló una metodología que incluye 4 reuniones de consenso con un panel de expertos para generar los respectivos algoritmos, así como entrevistas y mesas de trabajo con un equipo técnico multidisciplinario de las 4 SISS.

Este documento describe la metodología y resultados para lograr el producto:

Documento de unificación del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2 con apoyo de una entidad académica conforme lo establece la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social.

La unificación concertada del manejo clínico de la DT2 en las 4 Subredes del Distrito Capital se desarrolló acorde con la metodología establecida por la estrategia HEARTS (modelo de manejo del riesgo cardiovascular incluyendo la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia), que comprendió 4 fases:

- **Fase 1) preparación:** definición de los objetivos de la unificación, conformación del panel de expertos y análisis de contexto de la implementación de la ruta CCVM.
- **Fase 2) preparación del documento conceptual:** revisión y unificación de documentos, normatividad, literatura y protocolos basados en la evidencia y diseño de cuestionarios para el consenso.
- **Fase 3) reuniones de Consenso:** desarrollo de 4 reuniones de consenso mediante la implementación de la técnica de grupos nominales.
- **Fase 4)** Elaboración y consenso de algoritmos para la unificación del manejo clínico de la DT2.

El desarrollo de la metodología incluyó la selección de un equipo técnico de trabajo y un panel de expertos para enriquecer con una mirada interdisciplinaria el proceso de unificación del manejo clínico de la DT2 quienes participaron en la metodología y 4 reuniones de consenso. En total se diseñaron 3 cuestionarios para DT2 a partir de la elaboración de la propuesta preliminar de unificación del manejo clínico de la DT2. Durante las reuniones, los expertos temáticos presentaron los resultados de la revisión de literatura y realizaron un análisis de las mejores recomendaciones y evidencia disponible para orientar la toma de decisiones en DT2. El equipo técnico multidisciplinario, alimentó la discusión y debate presentando su punto de vista y argumentos frente a las preguntas y opciones de respuestas planteadas en los cuestionarios.

La técnica implementada para lograr el consenso fue la de **Grupos nominales**, en esta técnica, bajo la coordinación de un facilitador, 1 experto temático (internista Sanitas), un grupo de 12 expertos (médicos generales y especialistas) y 13 profesionales del equipo técnico multidisciplinario (enfermeras líderes de ruta, referentes de costos) se reunieron para analizar y calificar una serie de preguntas, esta calificación se realizó de manera iterativa a lo largo de **4 rondas** (tres presenciales y una mediante formulario electrónico), buscando reducir la variabilidad de las opiniones, con el fin de alcanzar acuerdos para la unificación del manejo clínico de la DT2.

En total **44** recomendaciones fueron sometidas a votación. De estas, **10**, recomendaciones presentaron un porcentaje superior al **75%** por lo que se acordó consenso para acoger las recomendaciones. Adicionalmente, **23** recomendaciones presentaron un porcentaje inferior a **25%**, por lo que se acordó consenso para no incluir estas recomendaciones y finalmente, **11** recomendaciones no lograron ser consensuadas, por presentar un porcentaje de acuerdo entre el 26 % y 74%.

Posteriormente, a partir de las recomendaciones consensuadas para la unificación del manejo clínico de la DT2, se elaboraron y consensuaron los siguientes algoritmos: algoritmo Tamizaje y Diagnóstico DT2, algoritmo Abordaje terapéutico DT2, algoritmo para el manejo de DT2 con ECV establecida, ERC o Falla cardíaca, algoritmo Manejo de DT2 sin ECV establecida, ERC o Falla cardíaca y algoritmo Insulinización.

2. CONCEPTOS CLAVE

Consensuar: adoptar una decisión de común acuerdo entre dos o más partes (RAE).

Método de consenso: modo sistemático para generar consenso mediante la discusión y contraste de opiniones y criterios para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria, utilizando la mejor evidencia disponible (Amuedo & Vargas, 2001)

Consenso formal: Integra las opiniones de los expertos con la evidencia científica en el tema, utilizando técnicas grupales basadas en retroalimentación e iteración controladas, junto con métodos de calificación de las opiniones que permitan reducir los sesgos (Sánchez & Jaramillo, 2009).

Grupo nominal : en esta técnica, bajo la coordinación de un facilitador, un grupo de 9 a 30 expertos se reúnen para analizar y calificar una serie de preguntas, esta calificación se realiza de manera iterativa en dos o más rondas, buscando reducir la variabilidad de las opiniones, con el fin de alcanzar un acuerdo. Este tipo de técnica se ha utilizado ampliamente para generar recomendaciones en salud. La ventaja de esta técnica es que permite interactuar a los expertos, pero anula, a la vez, el efecto de influencias de personajes con estilos dominantes sobre la opinión de otros. El público puede participar haciendo preguntas y comentarios a los expertos (Sánchez & Jaramillo, 2009)

Experto: aquel cuya formación y experiencia previa le ha permitido alcanzar un dominio sobre un asunto que excede el nivel promedio de sus iguales, y que está en disposición de exponer sus opiniones sobre dicho asunto para que sean utilizadas como juicios conclusivos. Se le considera apto para emitir criterios certeros, por quien se los solicita.

kc: es el coeficiente de conocimiento o información que tiene el experto acerca de la DT2, calculado sobre la valoración del propio experto en una escala del 0 al 10 y multiplicado por 0,1; de esta forma, la evaluación “0” indica que el experto que no tiene absolutamente ningún conocimiento de la problemática correspondiente, mientras que la evaluación “10” significa que el experto tiene pleno conocimiento de la problemática tratada.

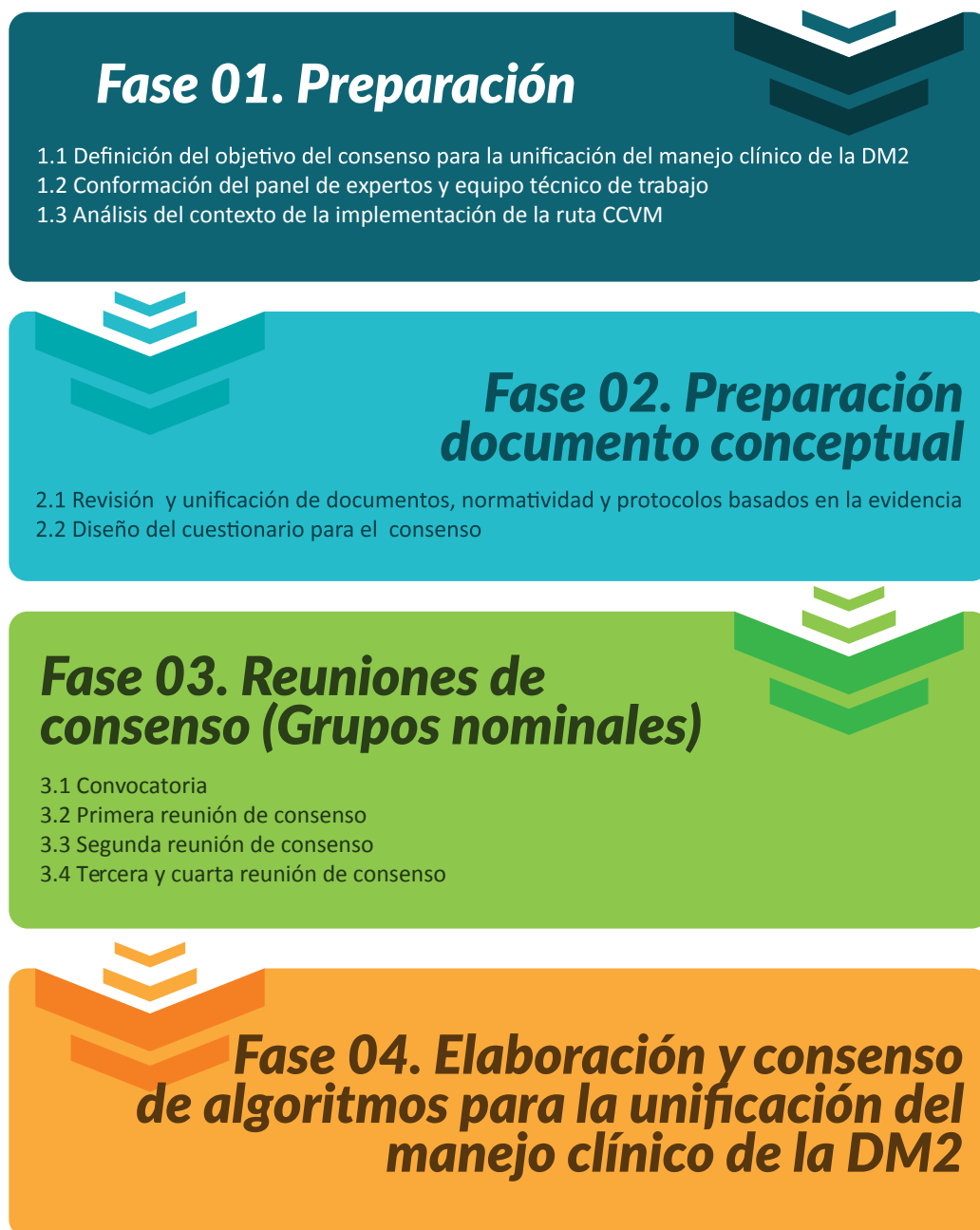
Elementos estructurales determinantes para garantizar la validez de un consenso (Amuedo & Vargas, 2001)

- El problema de estudio y los objetivos han de ser concretos y específicos.

- La revisión bibliográfica o evidencia científica disponible debe cumplir un nivel de calidad estructurado.
- La selección del grupo de expertos y del moderador debe cumplir una serie de características personales y profesionales que garanticen la validez del consenso como: experiencia clínica, reconocido prestigio en la comunidad científica, interés por el tema, disponibilidad de tiempo y ausencia de conflictos de interés entre otros.

3. METODOLOGÍA

Figura 1. Metodología para la unificación concertada del manejo clínico de la DT2 en las 4 Subredes del Distrito Capital



Fuente: elaboración propia UNISANITAS a partir de Herramienta para la elaboración de un protocolo de consenso para el tratamiento de la Hipertensión Arterial-Estrategia HEARTS

3.1 FASE 1. PREPARACIÓN

3.1.1 Definición del objetivo del consenso para la unificación del manejo clínico de la DT2

Objetivo General:

Elaborar algoritmos en conjunto con el equipo técnico de trabajo de las 4 Subredes del Distrito Capital para la unificación del manejo clínico de la DT2, que permita unificar el diagnóstico oportuno de este evento e iniciar tratamiento y seguimiento farmacológico y no farmacológico con el fin reducir las complicaciones en los pacientes.

Objetivos específicos:

- Promover el diagnóstico temprano mediante la clasificación del riesgo (antecedentes y hallazgos), exámenes de laboratorio, etc.
- Establecer un tratamiento específico, dosis estándar para ajustar o agregar medicamentos, recomendando las opciones terapéuticas más adecuadas a partir de la mejor evidencia.
- Definir los procedimientos para el seguimiento y control de los pacientes.
- Incluir actividades de prevención.
- Incorporar los algoritmos a la historia clínica para lograr una respuesta en tiempo real de acuerdo con la adhesión terapéutica y el control para fortalecer el seguimiento.

3.1.2 Conformación del panel de expertos y equipo técnico de trabajo

Se seleccionó un equipo técnico de trabajo y el panel de expertos a partir del mapa de actores e instituciones implicados en la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2 en las 4 subredes del Distrito Capital (la selección se realizó de común acuerdo con la Subred Sur Occidente y la SDS).

El mapa de actores permitió identificar a todos los grupos y organizaciones importantes que participarían o que puedan afectar la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2 (Ministerio de Salud y Protección Social Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias. 2016).

En el mapa de actores se identificaron los roles y las funciones de cada uno de ellos para conducir el ejercicio de concertación y validación de las rutas de atención.

Con el objetivo de identificar a los expertos clave que intervienen en la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2, en las 4 subredes del Distrito Capital, se respondieron las siguientes preguntas:

- ¿Qué y cuáles instituciones/organizaciones estarían implicadas en la implementación de las rutas de atención del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2?
- ¿Qué rol tienen las instituciones/organizaciones? (Rectoría, IVC, asegurador, prestador, veeduría).
- ¿Qué cargos o perfiles de esas instituciones/organizaciones se requieren en la implementación de las rutas?
- ¿Qué rol tiene el cargo o perfil en la implementación de las rutas?

Se presenta el mapa de instituciones/organizaciones y actores :

Tabla 1. Mapa Instituciones/organizaciones implicadas en la implementación de la ruta de atención de la diabetes mellitus tipo2

Nombre de la institución	Tipo de Institución/ organización	Rol en la implementación de las Rutas	Cargo o perfil a convocar	Rol del cargo en la implementación de la ruta DT2
Secretaría Distrital de Salud	Entidad rectora	Adoptar mediante un acto administrativo la ruta de atención propendiendo por su cumplimiento en el territorio	Por definir con la supervisión del contrato.	Por definir con la supervisión del contrato.
Capital Salud	Entidad aseguradora del Régimen Subsidiado	Prestación de servicios de salud de atención básica en la localidad donde vive el paciente, asignación oportuna de citas de medicina general y especializada, brindar los medicamentos, atención de urgencias y educación para el cuidado de la salud del paciente y de su Familia y brindar atención oportuna para evitar complicaciones o consecuencias graves.	Funcionarios del área de gestión del riesgo.	Contratación y financiamiento de las actividades en la prestación de los servicios de pacientes con DT2.
Veeduría Distrital	Entidad fiscalizadora	Ejercer un control preventivo, evaluación integral y promoción de la participación y organización para el control social propendiendo por la efectividad, transparencia, probidad e integridad de la gestión pública distrital (Resolución 092 , 2019)	Por definir con la supervisión del contrato.	Por definir con la supervisión del contrato.
Juntas Asesoras Comunitarias 22 Se conforma una Junta por cada unidad prestadora de servicios	Entidad fiscalizadora y de participación de los usuarios en salud.	Control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto. Interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud (Decreto 780, 2016)	Asociaciones de usuarios de las Unidades prestadoras de servicios. Asociaciones de Usuarios de las EPS. Comités de Ética Comités de Ética Hospitalaria.	Presentar a la Unidad de Prestación de Servicios las razones de inconformidad y las propuestas de mejoramiento más relevantes que la comunidad manifieste respecto a la calidad de los servicios prestados a pacientes con HTA. Impulsar procesos de divulgación de información y participación en las iniciativas propuestas por la autoridad sanitaria relacionadas con DT2. (Acuerdo 641 , 2016) y (OPS;OMS, 2018)

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

Tabla 2. Mapa de agremiaciones científicas a convocar para la solicitud de aval de la ruta de atención de la diabetes mellitus tipo 2

Nombre de la institución	Rol en la implementación de las Rutas	Cargo o perfil a convocar	Rol del cargo en la implementación de la ruta DT2
Asociación Colombiana de Medicina Interna	Asesorar en aspectos relacionados en esta disciplina a las entidades Públicas o privadas del área de la salud y sociedades en	Médico internista	Asesorar en aspectos clínicos para generar consensos en la unificación concertada del manejo clínico de la DT2.
Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Vascular Liga Colombiana contra el Infarto y la Hipertensión		Médico cardiólogo	Asesorar en aspectos clínicos para generar consensos en la unificación concertada del manejo clínico de la DT2.
Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo		Médico endocrinólogo	Asesorar en aspectos clínicos para generar consensos en la unificación concertada del manejo clínico de la DT2.

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

Tabla 3. Mapa de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (I nivel de atención) implicadas en la implementación de la ruta de atención de la diabetes mellitus tipo 2

Nombre de las instituciones	Rol en la implementación de las Rutas	Cargo o perfil a convocar	Rol del cargo en la implementación de la ruta DT2
Unidad de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe (Subred Centro Oriente)	Implementar un conjunto de actividades y servicios ambulatorios de primer nivel de atención ambulatoria de los pacientes con 45 años o más que tienen diagnóstico de HTA. Y Atención ambulatoria de los pacientes con 45 años o más que tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.	Médicos Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación del diagnóstico de DT2. • Ingreso al programa de control y seguimiento continuo. • Seguimiento bimensual o trimestral al paciente sin complicaciones crónicas y comorbilidades. (Resolución 4003 , 2008)
Unidad de Servicios de Salud San Cristóbal (Subred Centro Oriente)		Enfermeros	<ul style="list-style-type: none"> • Educación del paciente y su familia, que se enfoca en la modificación de estilos de vida y la información para favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico. (Resolución 4003 , 2008)
Unidad de Servicios de Salud Chapinero (Subred Norte)		Nutricionistas	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta ambulatoria con nutricionista • Seguimiento anual al paciente sin complicaciones crónicas y comorbilidades • Valoración anual del paciente con riesgo cardiovascular alto y muy alto con HTA asociada y DT2 • Seguimiento anual a los pacientes con DT2 y complicaciones crónicas • Seguimiento anual a los pacientes con DT2, complicaciones crónicas y HTA asociada. (Resolución 4003 , 2008)
Unidad de Servicios de Salud Usaqué (Subred Norte)			
Unidad de servicios de Salud Sur (Subred Sur Occidente)		Psicólogos (consejeros)	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta ambulatoria con psicología • Seguimiento anual al paciente sin complicaciones crónicas y comorbilidades • Valoración anual del paciente con riesgo cardiovascular alto y muy alto con HTA asociada y DT2 • Seguimiento anual a los pacientes con DT2 y complicaciones crónicas • Seguimiento anual a los pacientes con DT2, complicaciones crónicas y HTA asociada. (Resolución 4003 , 2008)
Unidad de Servicios de Salud Pablo VI Bosa (Subred Sur Occidente)			
Unidad de Servicios de Salud Nazareth (Subred Sur)			
Unidad de Servicios de Salud Usme (Subred Sur)			
Unidad de Servicios de Salud Vista Hermosa (Subred Sur)			

		Educadores físicos	Recomendaciones de actividad física. (Propuestos por la Red Sur Occidente)
		Químicos farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> Optimización de la terapia farmacológica con múltiples medicamentos (propuesta subred Sur Occidente E.S.E) (OPS;OMS, 2018)
		Trabajador social	Los documentos revisados no especifican el rol de estos profesionales en la DT2.

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

Tabla 4. Mapa de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (II nivel de atención) implicadas en la implementación de la ruta de atención de la diabetes mellitus tipo 2

Nombre de las instituciones	Rol en la implementación de las Rutas	Cargo o perfil a convocar	Rol del cargo en la implementación de la ruta DT2
Unidad de Servicios de Salud Centro Oriente (nivel I y II de atención) (Subred Centro Oriente) Unidad de Servicios de Salud San Blas (Subred Centro Oriente) Unidad de Servicios de Salud Engativá (Subred Norte) Unidad de Servicios de Salud Suba (Subred Norte) Unidad de Servicios de Salud Fontibón (nivel I y II de atención) (Subred Sur Occidente) Unidad de Servicios de Salud Bosa (nivel II de atención) (Subred Sur Occidente) Unidad de Servicios de Salud Meissen (Subred Sur) Unidad de Servicios de Salud Tunjuelito (Subred Sur)	Implementar un conjunto de actividades y servicios ambulatorios de segundo nivel de complejidad para el manejo de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 para los adultos de 45 años o más en el POS del régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno, contribuye a la atención integral de los pacientes con estos diagnósticos y previene la ocurrencia de complicaciones incluida en la enfermedad renal crónica, siendo esta última una enfermedad de alto costo para el sistema (Resolución 4003, 2008)	Médico especialista en medicina interna Médicos de familia	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento anual al paciente sin complicaciones crónicas y comorbilidades. • Seguimiento trimestral del paciente con riesgo cardiovascular alto y muy alto con HTA asociada y DT2. • Seguimiento cada tres meses a los pacientes con DT2 y complicaciones crónicas. • Seguimiento cada tres meses a los pacientes con DT2, complicaciones crónicas y HTA asociada. (Resolución 4003 , 2008)

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

Tabla 4. Mapa de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (III nivel de atención) implicadas en la implementación de las ruta de atención de la diabetes mellitus tipo2.

Nombre de las instituciones	Rol en la implementación de las Rutas	Cargo o perfil a convocar	Rol del cargo en la implementación de la ruta DT2
Unidad de Servicios de Salud La Victoria (Subred Centro Oriente) Unidad de Servicios de Salud Santa Clara (Subred Centro Oriente) Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar (Subred Norte) Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy (Subred Sur Occidente) Unidad de Servicios de Salud El Tunal (Subred Sur	Implementar un conjunto de actividades y servicios ambulatorios de tercer nivel de complejidad para el manejo de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 para los adultos de 45 años o más en el POS del régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno, contribuye a la atención integral de los pacientes con estos diagnósticos y previene la ocurrencia de complicaciones incluida en la enfermedad renal crónica, siendo esta última una enfermedad de alto costo para el sistema (Resolución 4003 , 2008)	Médico especialista en cardiología	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración anual lesión órgano blanco -LOB- hipertrofia ventricular izquierda, condiciones clínicas asociadas -CCA- a enfermedad cardiovascular. (Resolución 4003 , 2008)
		Médico vascular periférico	CCA enfermedad vascular periférica.
		Médico especialista en nefrología	Valoración anual o semestral LOB creatinina sérica elevada o microalbuminuria, CCA enfermedad renal crónica no terminal. (Resolución 4003 , 2008)
		Médico especialista en neurología	CCA enfermedad cerebro vascular. (Resolución 4003 , 2008)
		Médico especialista en Oftalmología	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento anual al paciente sin complicaciones crónicas y comorbilidades • Valoración anual del paciente con riesgo cardiovascular alto y muy alto con HTA asociada y DT2 • Seguimiento anual a los pacientes con DT2 y complicaciones crónicas • Seguimiento anual a los pacientes con DT2, complicaciones crónicas y HTA asociada. • CCA retinopatía avanzada
		Médico Ortopedista	CCA pie diabético. (Resolución 4003 , 2008)
		Médico especialista en endocrinología	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento anual al paciente sin complicaciones crónicas y comorbilidades. • Seguimiento trimestral del paciente con riesgo cardiovascular alto y muy alto con HTA asociada y DT2 • Seguimiento cada tres meses a los pacientes con DT2 y complicaciones crónicas • Seguimiento cada tres meses a los pacientes con DT2, complicaciones crónicas y HTA asociada. (Resolución 4003 , 2008)

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

Teniendo en cuenta lo propuesto por la estrategia Hearts, previa identificación del mapa de instituciones y actores, se seleccionó **un equipo técnico de trabajo y un panel de expertos** para enriquecer con una mirada interdisciplinaria el proceso de unificación del manejo clínico de la DT2 quienes participarían en la metodología de consenso (metodología Delphi, reuniones de Consenso y entrevistas, grupos de discusión), (OPS; OMS, 2019) (OPS; OMS, 2018).

La selección del **equipo técnico de trabajo y panel de expertos** se realizó de común acuerdo con la Supervisora del Contrato teniendo en cuenta las orientaciones de los referentes técnicos de la Subred Sur Occidente.

Criterios de selección para el panel de expertos (médicos generales y especialistas)

El panel de expertos corresponde al grupo de médicos generales y médicos especialistas seleccionados por los líderes de las rutas CCVM para participar en la elaboración de la propuesta de unificación del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2 mediante reuniones de consenso.

Se recomendó tener en cuenta los siguientes criterios de selección:

- Profesional actualmente vinculado a una Unidad de Prestación de Servicios de las 4 subredes de prestación de servicios y que además haga parte de los programas de manejo de pacientes crónicos y cuenten con amplio conocimiento y reconocida experiencia en el manejo de la DT2.
- Pudieron ser seleccionados los siguientes profesionales: médicos generales, médicos especialistas en medicina interna, medicina familiar, cardiología, endocrinología, nefrología, neurología, oftalmología, ortopedia, y medicina vascular periférica.
- Contar con la disponibilidad de tiempo y motivación para participar en las reuniones de consenso (para el éxito del proceso es fundamental que los participantes cuenten con los permisos institucionales requeridos)

Criterios de selección para el equipo técnico multidisciplinario que asistirá a reuniones de consenso o entrevistas

De acuerdo con la herramienta para la elaboración de un protocolo de consenso de la estrategia Hearts, se estableció un grupo de trabajo técnico, integrado por miembros de equipos multidisciplinarios incluyendo director de programa y líderes con suficiente autoridad dentro del centro o la organización para respaldar el proceso, prestadores de atención primaria, médicos especialistas, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores comunitarios, nutricionistas, administradores, personal responsable de la gestión de la información y de tecnología de la información (OPS; OMS, 2019) (OPS;OMS, 2018)

Se recomendó tener en cuenta los siguientes criterios de selección:

- Profesional actualmente vinculado a una Unidad de Prestación de Servicios de alguna de las 4 subredes de prestación de servicios y que además haga parte de los programas de manejo de pacientes crónicos para que cuenten con conocimientos y experiencia en el manejo de la DT2.
- Pudieron ser seleccionados los siguientes profesionales: Referente técnico de la SDS, Líderes de Ruta en cada Subred, administrativos, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, químicos farmacéuticos, personal responsable de la gestión de la información y de tecnología de la información, Referentes de costos de las rutas en cada Subred y representantes de los usuarios.
- Contar con la disponibilidad de tiempo y motivación para participar en el estudio (para el éxito del proceso es fundamental que los participantes cuenten con los permisos institucionales requeridos)

Se seleccionaron en total 26 profesionales de las 4 Subredes, distribuidos de la siguiente manera: 10 médicos generales, 5 médicos especialistas (medicina familiar y medicina interna), 7 enfermeras líderes y participantes en la ruta CCVM y 4 referentes de costos.

Tabla 6. Participantes seleccionados para la asistir a las reuniones de Consenso para la unificación del manejo clínico de la DT2

Perfil	Rol en la implementación de las Rutas	Total profesionales
Médicos generales	3 (Subred norte) 3 (Subred Sur) 2 (Sur Occidente), 2 (Centro oriente)	10
Médicos especialistas	1 médico familiar (norte), 1 médico internista (Sur), 1 médico internista (Sur occidente), 2 médicos internistas (Centro Oriente).	5
Enfermeras	1 (Norte) 2 (Sur), 1 (Sur Occidente), 3 (Centro Oriente)	7
Referente de costos	2 (Sur), 1 (Sur Occidente), 1 (Centro Oriente).	4
Total		26

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud

Cálculo del «coeficiente de conocimiento» (kc) del experto.

Este coeficiente se calculó sobre la base de la autoevaluación presentada en escala creciente del 1 al 10, que incluye una apreciación del experto sobre su calificación científica académica, sus años de experiencia y los resultados alcanzados en su labor profesional como experto y el conocimiento general que posee sobre las temáticas a valorar.

Escala de valores para calcular el coeficiente de conocimiento (kc)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kc: es el coeficiente de conocimiento o información que tiene el experto acerca del problema, calculado sobre la valoración del propio experto en una escala del 0 al 10 y multiplicado por 0,1; de esta forma, la evaluación “0” indica que el experto que no tiene absolutamente ningún conocimiento de la problemática correspondiente, mientras que la evaluación “10” significa que el experto tiene pleno conocimiento de la problemática tratada. (Martínez & Socarrás, 2013)

Resultados Coeficiente de Conocimiento para expertos que participaron en la votación para la unificación del manejo clínico de la DT2

En total participaron 12 expertos (médicos generales y especialistas) en las votaciones de consenso, se presentan a continuación los resultados de la autoevaluación por parte de ellos:

Tabla 7. Resultados Coeficiente de Conocimiento para expertos que participaron en la votación para la unificación del manejo clínico de la DT2

Participante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

Kc DT2: 7,6**Número óptimo de expertos participantes en el Consenso**

Aunque no hay forma de determinar el número óptimo de expertos para participar, estudios realizados por investigadores de la Rand Corporation, señalan que si bien parece necesario un mínimo de cinco expertos habida cuenta que el error disminuye notablemente por cada experto añadido, no es aconsejable recurrir a más de 30 expertos, pues la mejora en la previsión es muy pequeña y normalmente el incremento en coste y trabajo de investigación no compensa la mejora (Universidad de Deusto. San Sebastián)

Consentimiento informado:

Los participantes en el consenso firmaron el consentimiento informado en el que se dio a conocer los siguientes aspectos:

1. El propósito del Convenio
2. Cómo fueron escogidos para participar
3. Los posibles riesgos y beneficios
4. La participación voluntaria
5. Las garantías de la confidencialidad
6. Los procedimientos de recolección de datos
7. A quién podrían dirigirse para realizar preguntas o exponer inquietudes

3.1.3 Análisis del contexto de la implementación de la ruta CCVM mediante entrevistas y grupos focales al equipo técnico de trabajo

Objetivos para el análisis de contexto de la implementación de la ruta CCVM

- Identificar fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas y propuestas de mejora para la implementación de la ruta Cardio Cerebro Vascular Metabólica (CCVM), de acuerdo con los procesos y actividades ejecutadas según el perfil de recurso humano entrevistado.
- Identificar los motivos para la falta de adherencia a las recomendaciones de protocolos.
- Identificar recomendaciones para implementar los resultados del consenso en la unificación del manejo clínico de la DT2.

- Documentar las variables de la historia clínica, el funcionamiento de la captura del datos y plataforma utilizada en cada una de las 4 Subredes para los pacientes con DT2.
- Identificar las fortalezas, debilidades, puntos de mejora y propuestas para la historia clínica actual en las 4 subredes para los pacientes con DT2.
- Describir las funciones, actividades y metodología de trabajo de los referentes de costeo de la Ruta (CCVM).
- Establecer las conclusiones y recomendaciones generadas por los equipos de costeo de la Ruta (CCVM).

Selección de los participantes:

Los participantes fueron seleccionados por los líderes de la ruta CCVM de cada una de las Subredes, de acuerdo con los criterios de selección propuestos para el equipo técnico multidisciplinario.

Participaron en total 16 profesionales, en entrevistas y grupos de discusión con el propósito de realizar el análisis de contexto de la implementación de la ruta CCMV, de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital.

Tabla 8. Participantes seleccionados para entrevistas y grupos de discusión para el análisis de contexto de la implementación de la ruta CCVM

Perfil	Institución	Total
Referente técnico	SDS	1
Referente contratación	Capital Salud	1
Enfermero (a) líder de ruta cardio cerebro vascular metabólica.	4 subredes	4
Médicos líderes de ruta cardio cerebro vascular metabólica.	2 subredes	2
Referente de costos de las rutas en cada Subred.	4 subredes	4
Responsable de la gestión de la información-tecnología de la información (personal que cuente con el conocimiento y experiencia del funcionamiento de la historia clínica)	4 subredes	4
TOTAL		16

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud

Instrumentos implementados para las entrevistas y grupos de discusión

Se diseñaron cuestionarios con preguntas semiestructuradas que permitieron identificar las posiciones de los participantes en temas específicos, de acuerdo con su perfil.

La entrevista Semi-estructurada¹, se implementó como una técnica para la recolección de la información y consistió en una conversación entre el entrevistador (investigador) y el entrevistado u entrevistados, la entrevista fue apoyada por una guía de preguntas construida previamente con base en las categorías definidas; sin embargo, el entrevistador contó con la libertad de introducir preguntas adicionales.

Los instrumentos o guías de las entrevistas fueron validados y ajustados a lo largo de la recolección de los datos. La guía fue modificada en campo cuando el investigador percibió que determinados temas no fueron planteados por sus interlocutores o que las preguntas requirieron una modificación (Souza, Goncalves, & Ramos, 2005)

Los grupos focales se utilizaron como una técnica de recolección de información que consiste en usar la interacción del grupo para generar datos e interpretaciones que serían menos accesibles sin la interacción encontrada en un grupo. Los grupos focales dirigidos dependen, tanto del intercambio de ideas de los participantes como de las respuestas a preguntas específicas del entrevistador. El entrevistador (investigador) ejerció el rol de moderador, mientras que un grupo entre (5-9 participantes) que compartieron características o roles similares, respondieron unas preguntas orientadoras, dinamizando el diálogo con el intercambio de ideas entre los pares. El moderador, adoptó un rol neutral ante las posiciones de los diferentes participantes (Ulin, Róbinson, & Tolley, 2001)

Recolección de la información:

La recolección de los datos se realizó entre los meses de febrero a abril de 2020 en las cuatro Subredes del Distrito Capital. La información se recolectó mediante entrevistas y grupos focales que fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas textualmente a formato Word y almacenados en una base de datos de documentos primarios para ser codificados (Strauss & Corin, 2012).

1. Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de preguntas en donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados.

Resultados Análisis del contexto de la implementación de la ruta CCVM

Percepciones de los entrevistados



Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

Expectativas frente al consenso

- El consenso establecerá un criterio técnico desde la academia para definir lo que quedaría incluido en la ruta. Los médicos convocados al consenso se consideran los expertos, y son quienes definen lo que se debe incluir.
- Se espera que los profesionales expertos, desde su conocimiento definan como es la mejor forma del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2.
- Definir los medicamentos, las dosis, la periodicidad, controles, el apoyo terapéutico, apoyo diagnóstico e imagenología, son muy importante pues es lo que define el costo de la ruta.

- Los algoritmos serán utilizados para realizar el costeo de la ruta y cruzar con el sistema de información y las frecuencias de uso. Los referentes de costos partirán de los resultados del consenso. Se realizará una revisión por parte de los referentes de costos y se solicitarán ajustes si es necesario, se cuenta con una plataforma inicial de costeo.
- Se espera que la forma de negociación y contratación con Capital Salud cambie con la propuesta de consenso para la unificación del manejo clínico.
- Acordar los momentos de las consultas por medicina general, medicina por especialistas y supra especialistas.
- Acordar tiempos de consulta (20-30 minutos)
- Se solicita para el consenso, que por lo menos la historia clínica cuente con los factores de riesgo y que se logren dispensar los medicamentos en los CAPS y Hospitales de las Subredes, que se tomen los laboratorios en el mismo lugar y que los electrocardiogramas y ecocardiogramas cuenten con un resultado oportuno.

Fortalezas en la implementación de la ruta (factores internos en subred)

- Convenio 960.
- Voluntad política de las subredes para generar consenso.
- Puntos de encuentro y espacios para que las subredes puedan comparar experiencias.
- Modelo de atención rural (los médicos se desplazan a las viviendas de los usuarios)

Oportunidades

- Organización y sistematización de los procesos.
- Enlaces con el PIC.
- Gestión del riesgo de ambulatorios con hospitalarios.
- Reformulación del Plan Territorial de Salud.
- Cambios de administración.
- Calidad de los profesionales.

Amenazas (factores externos a la subred)

- La contratación y el PGP
- Condicionamiento a los médicos para formular ciertos medicamentos o limitar el uso de estos y de otros servicios.

- Apoyos terapéuticos no incluidos en la contratación.
- Falta de integración con otras rutas.
- No tener en cuenta las sugerencias de los profesionales.
- Finalización del Convenio 960, que restringe la contratación de recurso humano.
- Carga epidemiológica como responsabilidad exclusiva del sector salud.
- Cambio de alcalde (también se puede ver como una oportunidad).
- Migración Venezolana.

Debilidades

- Variabilidad institucional en función del contexto político.
- El gran tamaño de las Subredes dificulta la comunicación.
- Falta de articulación con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud (la articulación depende de las personas a cargo).
- Rotación de talento humano.
- Múltiples actividades del recurso humano en las diferentes rutas.
- Pocos puntos de atención de audifarma.
- Falta de adherencia al tratamiento (especialmente en pacientes polimedicados y de alto y muy alto riesgo) ocasionando falta de cumplimiento en las metas clínicas. La falta de adherencia se puede presentar por barreras administrativas (autorizaciones), cuando se remite a especialista el paciente prefiere conservar la fórmula del médico general quien es el que siempre lo atiende.
- Falta de oportunidad en la consulta con nutricionista
- Tiempo de consulta: Existen múltiples actividades en crónicos y el tiempo no es el suficiente (diligenciamiento de historia clínica, actividades de educación, etc.), manifestaron que no es posible realizar una consulta de pacientes crónicos en 20-30 minutos, la historia clínica de crónicos está estandarizada, sin embargo no es fácil su diligenciamiento por temas de tiempo. Muchas veces no alcanzan a entrar en la plataforma de laboratorio.
- La prioridad es la productividad, muchos médicos se contratan por OPS, los cuales deben cumplir con un rendimiento en horas, no es fácil bloquear tiempo para capacitaciones, pues Capital Salud paga por horas ejecutadas.
- No existe conciencia entre los profesionales especialistas para cumplir con lo establecido en la Ruta CCVM.
- Falta de adherencia a los protocolos: especialmente por parte de médicos mayores, no tienen en cuenta las nuevas estrategias, se han tenido que contratar médicos internistas para que ellos acepten las recomendaciones nuevas por parte

de un par. Se podría hablar de un 60% en la falta de adherencia de los protocolos por parte de los médicos que atienden a los pacientes crónicos. Se presentan dificultades por el diligenciamiento extenso de los formatos.

- Los médicos jóvenes son mucho más abiertos al cambio y nuevas estrategias.
- Falta actualización, capacitación a los médicos sobre los protocolos, se sugiere capacitar no solo a médicos generales, también a especialistas y supra especialistas.
- Algunos profesionales capacitados, tampoco se adhieren a los protocolos de la ruta, por ejemplo psicólogos.
- El contrato no incluye todas las actividades de la ruta.
- En el momento de la fusión de las redes se dio pérdida de información y de personas ya diagnosticadas.
- Los sistemas de información no se articulan, en algunas subredes el médico no tiene acceso a revisar los laboratorios desde la historia clínica.
- No se incluye en la ruta, el tema de medicamentos alternativos (utilizados por los pacientes rurales de Sumapaz)
- Algunos médicos son negligentes, pues no realizan el seguimiento al paciente, solicitando laboratorios pertinentes ni analizando la situación del paciente, tampoco los remiten a internista o nefrólogo en caso de ser requerido.

3.2 FASE 2. PREPARACIÓN DOCUMENTO CONCEPTUAL Y DISEÑO DE CUESTIONARIOS PARA EL CONSENSO Y LA UNIFICACIÓN DE LA DT2

3.2.1 Revisión y unificación de documentos, normatividad y protocolos basados en la evidencia para elaborar con los expertos y el grupo técnico de trabajo un documento conceptual

Revisión y síntesis de los insumos para la unificación del manejo clínico de la DT2

En esta fase se realizó revisión y síntesis de los siguientes insumos para la unificación del manejo clínico de la HTA y de la DT2:

- Guías de práctica clínica de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus del Ministerio de Salud y Protección Social
- Resolución 4003 del 2008 del Ministerio de Protección Social, Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Módulos de la estrategia HEARTS
- Guías actualizadas de las principales sociedades científicas del mundo
- Escala Framingham adaptada para Colombia Herramienta Riesgo Cardiovascular OMS
- Para la clasificación de compromiso renal: Cockcroft-Gault.
- Para adherencia al tratamiento farmacológico: cuestionario de Morisky-Green
- Documento que describe la estrategia de implementación de la Ruta (Convenio 690) (Pendiente Solicitar a SDS)
- Mapa de procesos de actividades para la unificación de la ruta en las 4 Subredes (Pendiente Solicitar a SDS)

El documento de la síntesis de los insumos revisados se estructuró con los siguientes contenidos:

<p>PROPUESTA DE UNIFICACIÓN DIABETES MELLITUS TIPO 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción y definición. • Epidemiología en Colombia y en el mundo. • Prevención, tamizaje y diagnóstico. • Detección y evaluación de complicaciones <ol style="list-style-type: none"> a. Enfermedad cardiovascular b. Enfermedad arterial periférica c. Nefropatía d. Retinopatía e. Neuropatía • Metas de control glicémico • Impacto de los estilos de vida saludable • Manejo farmacológico inicial
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Falla al tratamiento farmacológico inicial • Comorbilidades <ul style="list-style-type: none"> a. Obesidad b. Hipertensión c. Enfermedad renal crónica d. Dislipidemia • Diabetes en el adulto mayor • Algoritmos • Diagnóstico • Abordaje terapéutico
--	--

Literatura remitida al equipo técnico de trabajo y expertos como insumo para las votaciones:

- 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2020.
- Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019.

3.2.2 Diseño de los cuestionarios para el consenso de DT2

En total se diseñaron 3 cuestionarios para DT2. Los especialistas de UNISANITAS los diseñaron a partir de la elaboración de la propuesta preliminar de unificación del manejo clínico de la diabetes mellitus tipo 2.

Se priorizaron las preguntas y opciones de respuesta con el propósito de establecer los puntos de consenso y disenso. Se orientaron preguntas precisas, cuantificables y categorizadas (Martínez & Socarrás, 2013)

Los cuestionarios diseñados, se propusieron en respuesta a los resultados de las votaciones en las diferentes reuniones de consenso.

Objetivo del consenso

Elaborar un protocolo consensuado con el equipo técnico de trabajo de las 4 Subredes del Distrito Capital, que permita unificar el diagnóstico oportuno de DT2 para iniciar un tratamiento y seguimiento farmacológico y no farmacológico con el fin reducir las complicaciones en los pacientes.

Instrucciones de diligenciamiento del formato de calificación para el consenso

Marque su calificación para cada enunciado en los círculos según la escala numérica del 1 al 9 de acuerdo con el texto que encuentra debajo de los números y que usted considera el más apropiado.

Figura 1. Escala para calificación en un consenso formal



Componentes del formato de calificación para el consenso

Zona de calificación	Círculos en la parte superior para marcar la calificación.
Zona de escala	Número de 1 al 9. Muestra numéricamente los valores en los cuales se efectuará la calificación. Esta zona se divide en tres regiones: (1-3), (4-6), (7-9), corresponde a la calificación del grado de recomendación.
Zona de anclaje	Texto debajo de los números. Relaciona los valores numéricos con un concepto verbal.

(Sánchez & Jaramillo, 2009)

ENUNCIADOS PARA CALIFICAR

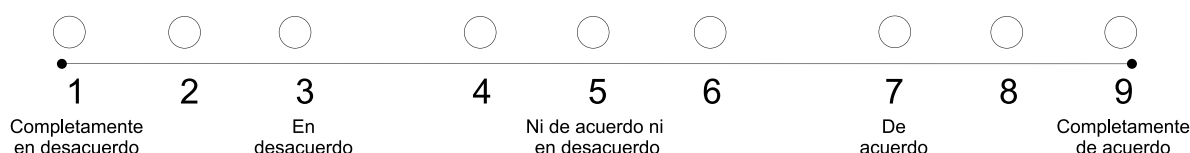
1. De acuerdo con el siguiente enunciado “Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8%”. En su opinión como experto usted se encuentra:



2. De acuerdo con el siguiente enunciado “Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8,5%”. En su opinión como experto usted se encuentra:



3. De acuerdo con el siguiente enunciado “Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.”. En su opinión como experto usted se encuentra:



3.3 FASE 3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS REUNIONES DE CONSENSO PARA LA UNIFICACIÓN DE LA DT2

3.3.1 Convocatoria

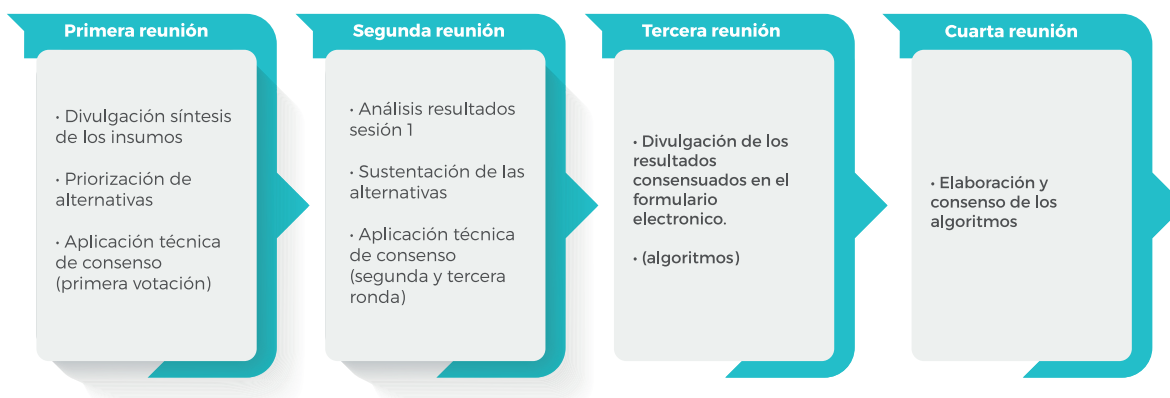
Liderada por la Subred Sur occidente mediante convocatoria a las demás Subredes, con el objeto de que participaran: 2 Médicos Generales, 2 Médicos internistas de cada Subred, y los líderes de la RCCV implicados en el proceso del manejo del paciente Crónico para los eventos de Hipertensión y Diabetes.

Se realizaron 4 convocatorias a reuniones de consenso, dos presenciales y dos virtuales.

3.3.2 Metodología para el Consenso de la Unificación del manejo clínico de la HTA

En total se realizaron 4 reuniones para el consenso de la unificación en el manejo clínico de la DT2. La técnica implementada para lograr el consenso fue la de Grupos nominales, en esta técnica, bajo la coordinación de un facilitador, 1 experto temático (internista Sanitas), un grupo de 12 expertos (médicos generales y especialistas) y 13 profesionales del equipo técnico multidisciplinario (enfermeras líderes de ruta, referentes de costos) se reunieron para analizar y calificar una serie de preguntas, esta calificación se realizó de manera iterativa a lo largo de 4 rondas, buscando reducir la variabilidad de las opiniones, con el fin de alcanzar acuerdos para la unificación del manejo clínico de la DT2.

Durante las reuniones, los expertos temáticos presentaron los resultados de la revisión de literatura y realizaron un análisis de las mejores recomendaciones y evidencia disponible para orientar la toma de decisiones. Se implementó un sistema de votación interactivo por parte de los expertos (médicos generales y especialistas). El equipo técnico multidisciplinario, alimentó la discusión y debate presentando su punto de vista y argumentos frente a las preguntas y opciones de respuestas planteadas en los cuestionarios.

Figura 3. Reuniones para el consenso en la unificación del manejo clínico de la DT2

Fuente: elaboración propia UNISANITAS

Roles de los participantes:

Médicos que implementan la ruta con los pacientes:

- Se abstienen de votar si desconocen las alternativas mencionadas.
- Comprenden la perspectiva de los profesionales de apoyo
- Expresan su opinión votando libremente en esta sesión

Profesionales que apoyan la implementación de la ruta:

- Complementan las alternativas para ampliar el número de opciones antes de votar
- Expresan su opinión escribiendo frases cortas para que sean incorporadas en el análisis.
- Comprenden la perspectiva de los médicos

3.3.3 Resultados primera reunión de Consenso DT2

Realizada el 21 de febrero de 2020, con una intensidad de 4 horas y 28 participantes.

Agenda desarrollada

- » Presentación por parte de la SDS y Subred sobre la necesidad e importancia del Convenio y los objetivos del mismo (ventajas de un protocolo estandarizado).
- » Socialización de las guías de práctica clínica, Resolución 4003 y estrategia Hearts.
- » Presentación de la propuesta preliminar de unificación del manejo clínico de la

hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.

- » Presentación de la metodología de consenso, preguntas y tópicos priorizados para el consenso.
- » Aplicación del primer cuestionario de consenso a los expertos para la unificación de criterios del manejo clínico de la HTA y la DT2.
- » Participación del público mediante preguntas, comentarios e interacción y debate entre expertos.
- » Generación de recomendaciones, conclusiones y consensos.

Criterios para la calificación de la votación por parte de los expertos:

Resultados de la votación	Tipo de calificación	Interpretación
0-25 %	Recomendación no indicada	Se declara consenso y se descarta la alternativa.
26-74 %	Recomendación indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión.
75-100 %	Recomendación por consenso	Se declara consenso y se acoge la alternativa.

Resultados votaciones para DT2 primera reunión de consenso

Inicialmente se llevaron **30** recomendaciones a la primera reunión de consenso para el manejo clínico de la DT2. De estas, **2** recomendaciones presentaron en la primera votación un porcentaje superior al 75 % por lo que se acordó consenso para acoger la recomendación, (ver cuadro anexo).

Adicionalmente, **11** recomendaciones presentaron un porcentaje inferior a 25%, por lo que se acordó consenso para no incluir o acoger estas recomendaciones.

Finalmente, **17** recomendaciones no lograron ser consensuadas, por presentar un porcentaje de acuerdo entre el 26 % y 74%. Por lo anterior, estas últimas 17 recomendaciones pasarán por una segunda ronda de votación en una segunda reunión de consenso.

RECOMENDACIONES INDICADAS SEGÚN CONSENSO DT2 PRIMERA REUNIÓN

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
5. Recomienda el uso de combinaciones fijas de manejo oral para la DT2 con métformina que los mono-componentes por separado?	A. Si	91%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
7. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC > 30kg/m2, usted recomienda el inicio de terapia inyectable con:	C. Agonista de GLP-1	80%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

RECOMENDACIONES NO INDICADAS SEGÚN CONSENSO DT2 PRIMERA REUNIÓN

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. Usted recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de:	C. 1% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente .	7%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
2. En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr) o falla cardíaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con:	A. ISGLT-2 como terapia inicial independientemente de la HbA1c. B. ISGLT-2 o GLP-1 como terapia inicial independientemente de la HbA1c.	11% 22%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
3. En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas (<0,5% HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo:	B. Sulfonilurea (Glimepiride) C. GLP-1 con beneficio cardiovascular	10% 10%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

continua..

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
4. En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con:	C. GLP – 1 D. Insulina Basal	0% 0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
5. Recomienda el uso de combinaciones fijas de manejo oral para la DT2 con metformina que los mono-componentes por separado?	B. No	9%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
6. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m2, recomienda el inicio de terapia inyectable con:	A. Insulina NPH en presentación VIAL	0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
7. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC > 30kg/m2, usted recomienda el inicio de terapia inyectable con:	A. Insulina NPH en presentación VIAL B. Insulina glargina	0% 20%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

RECOMENDACIONES NO CONSENSUADAS PRIMERA REUNIÓN DT2

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. Usted recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de:	A. HbA1c > 8%	20%	Indefinida	Aunque el porcentaje es inferior al 25% se someterá nuevamente a consenso, porque la mejor opción cuenta únicamente con el 60 % de aceptación
	B. HbA1c > 8,5%	20%		
	D. 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente	60%	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)
2. En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con:	C. Metformina como terapia inicial y considerar adición ISGLT-2 y/o GLP-1 independientemente del valor de la HbA1c.	33%	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)
	D. Metformina por 3 meses y si persiste fuera de metas iniciar manejo con ISGLT 2.	33%		
3. En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas (<0,5% HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo:	A. IDPP 4 D. Insulina basal	50 % 30 %	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)

continua..

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
4. En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con:	A. Sulfonilurea con bajo riesgo de hipoglicemia (Glimepiride) B. IDPP 4	27% 73%	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)
6. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m2, recomienda el inicio de terapia inyectable con:	B. Insulina glargina C. Agonista de GLP-1	67% 33%	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)
8.Cuál de las insulinas análogas de 2 generación, recomienda usted, en el caso de los pacientes con DT2, que vienen en manejo con insulina glargina y presentan hipoglicemia severa o hipoglicemias sintomáticas recurrentes no explicadas (<70mg/dl)?	A. Glargina U300 B. Degludec u100	43% 57%	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)

continua..

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
9.Cuál de las insulinas de segunda generación recomienda usted, en el caso de los pacientes con DT2 con presencia de hipoglicemias nocturnas y variabilidad glicémica alta, que se encuentra en manejo con medicamentos orales e insulina glargina?	A. Glargina U300 B. Degludec	29% 71%	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)
10.Cuál es su elección en el manejo de pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina?	A. Inicio de 1 bolo prandial en la comida con mayor # de carbohidratos B. Inicio de combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1	30% 70%	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)

3.3.4 Resultados segunda reunión de consenso DT2

Realizada el 13 de Marzo de 2020, con una intensidad horaria de 4 horas y 25 participantes. en esa implementación que asistieron a la primera reunión de consenso.

Agenda desarrollada

- » Previo a esta segunda reunión los participantes recibieron literatura científica para la toma de decisiones informadas.
- » Presentación de las preguntas consensuadas y no consensuadas.
- » Las preguntas sin consenso serán debatidas y votadas.
- » Votación electrónica con el sistema de calificación según porcentaje (máximo 2 rondas por pregunta)
- » Listado actualizado de preguntas consensuadas

Criterios para la calificación de la votación por parte de los expertos:

Resultados de la votación	Tipo de calificación	Interpretación
0-25 %	Recomendación no indicada	Se declara consenso y se descarta la alternativa.
26-74 %	Recomendación indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión.
75-100 %	Recomendación por consenso	Se declara consenso y se acoge la alternativa.

Resultados votaciones segunda reunión de consenso para DT2

Se llevaron **15** recomendaciones a la segunda reunión de consenso para el manejo clínico de la HTA. De estas, 8, recomendaciones presentaron en la segunda y tercera votación un porcentaje superior al 75 % por lo que se acordó consenso para acoger las recomendaciones.

Adicionalmente, **6** recomendaciones presentaron un porcentaje inferior a 25%, por lo que se acordó consenso para no incluir o acoger estas recomendaciones (ver cuadro anexo).

Finalmente, **3** recomendaciones no lograron ser consensuadas, por presentar un porcentaje de acuerdo entre el 26 % y 74%. Por lo anterior, estas últimas 3 recomendaciones pasarán por una cuarta ronda de votación por formulario digital.

RECOMENDACIONES INDICADAS SEGÚN CONSENSO DT2 (SEGUNDA Y TERCERA RONDA)

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
2. En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con:	A. Metformina como terapia inicial y considerar adición ISGLT-2 y/o GLP-1 independientemente del valor de la HbA1c	82%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
3. En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas (<0,5% HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo:	B. Insulina basal	85% (tercera ronda)	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
4. En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con:	B. IDPP 4	82%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
6. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m2, recomienda el inicio de terapia inyectable con:	B. Agonista de GLP-1	83% (tercera ronda)	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

continua..

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
8.Cuál de las insulinas análogas de 2 generación, recomienda usted, en el caso de los pacientes con DT2, que vienen en manejo con insulina glargina y presentan hipoglicemia severa o hipoglicemias sintomáticas recurrentes no explicadas (<70mg/dl)?	B. Degludec U100	89%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
9.Cuál es su elección en el manejo de pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina?	B. Inicio de combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1	86%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

RECOMENDACIONES NO INDICADAS SEGÚN CONSENSO DT2 (SEGUNDA Y TERCERA RONDA)

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
2. En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con:	B. Metformina por 3 meses y si persiste fuera de metas iniciar manejo con ISGLT 2/GLP-1.	17%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
3. En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas (<0,5% HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo:	A. IDPP 4	14% Tercera ronda	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
4. En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con:	A. Sulfonilurea con bajo riesgo de hipoglicemia (Glimepiride)	18%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
6. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m2, recomienda el inicio de terapia inyectable con:	A. Insulina glargina	17% Tercera ronda	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

continua..

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
8.Cuál de las insulinas análogas de 2 generación, recomienda usted, en el caso de los pacientes con DT2, que vienen en manejo con insulina glargina y presentan hipoglicemia severa o hipoglicemias sintomáticas recurrentes no explicadas (<70mg/dl)?	A. Glargina U300	11%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
9.Cuál es su elección en el manejo de pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina?	A. Inicio de 1 bolo prandial en la comida con mayor # de carbohidratos	14%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

RECOMENDACIONES NO CONSENSUADAS
PREGUNTAS PARA LA SEGUNDA RONDA DT2 (SEGUNDA Y TERCERA RONDA)

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. Usted recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de:	A. HbA1c > 8%	45%-43% (2-3 ronda)	Indefinida	Aunque el porcentaje es inferior al 25% se someterá nuevamente a consenso, porque la mejor opción cuenta únicamente con el 60 % de aceptación
	B. HbA1c > 8,5%	27%-29% (2-3 ronda)		
	C. 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.	27%-29% (2-3 ronda)	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)

***Fuente:** elaboración propia UNISANITAS.*

3.3.5 Resultados formulario digital DT2

Resultados votación DT2 formulario digital

Método de calificación descriptivo:

Para la cuarta ronda de votación, se empleó el método de conveniencia RAND/UCLA, que utiliza escalas ordinales con nueve niveles para calificar una recomendación. Por la naturaleza ordinal del sistema de calificación, la medida de resumen utilizada fue la mediana (percentil 50). De acuerdo con estos niveles, un procedimiento en salud puede ser recomendado (apropiado), contraindicado (inapropiado) o estar en un nivel de incertidumbre, dependiendo del valor de la mediana. Adicionalmente, según el grado de dispersión de las calificaciones, puede definirse el nivel de acuerdo o consenso. (Sánchez & Jaramillo, 2009)

Medida para la calificación del Consenso

Consenso o disenso	Depende del grado de dispersión de las calificaciones (valor máximo y mínimo)
Nivel de recomendación (apropiado, contraindicado o incertidumbre)	Depende del valor de la mediana.

(Sánchez & Jaramillo, 2009)

Resultados preguntas sometidas a votación:

1. De acuerdo con el siguiente enunciado “Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8%”. En su opinión como experto usted se encuentra:

Una vez se han recopilado todas las calificaciones de los expertos se calculó la mediana de estas calificaciones y se ubicaron los puntos extremos del rango de respuestas (el puntaje más alto y el puntaje más bajo).

Total de participante: 7

Calificaciones de los expertos (1-9)	8,9,7, 9,1,5,9,9
Mediana	9
Rango de respuestas (valor máximo y mínimo):	2;9

Se declara consenso, disenso o acuerdo relativo dependiendo del valor de la calificación máxima y mínima asignada por los expertos, así:

Criterios para la calificación sobre el consenso o disenso

Rango de respuestas (calificación máxima y mínima)=2 - 9 (Disenso-no hay acuerdo)

Consenso (acuerdo fuerte)	Si los dos puntos extremos del rango de respuesta (el puntaje más alto y el puntaje más bajo) se ubican dentro de una de las tres regiones de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9)
Acuerdo relativo	Si los puntos extremos del rango de respuesta se ubican dentro de dos regiones consecutivas (1-3) (4-6), (7-9)
Disenso (no hay acuerdo)	Si los puntos extremos del rango de respuestas están dispersos dentro de dos regiones no consecutivas (1-3) y (7-9), se considera que no hubo consenso.



Valoración del grado de recomendación:

Si existe consenso, se procedió a calificar el grado de recomendación. Dependiendo del valor de la mediana, puede calificarse el grado de la recomendación de la siguiente manera:

Criterios para la calificación sobre el grado de recomendación

Mediana= 9 completamente de acuerdo (recomendación adecuada o de primera línea).

Recomendación adecuada, indicada o de primera línea.	Mediana ubicada en la zona de la escala de (7-9).
Recomendación no indicada o no recomendada	Mediana ubicada en la zona de la escala (1-3)
Grado de recomendación indefinido	Mediana ubicada en la zona (4-6)



En resumen, se declara consenso y se indica la recomendación si los puntajes máximo y mínimo de calificación se ubican dentro de una de las tres regiones de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9) y la mediana se encuentra ubicada en la zona de escala (7-9).

En resumen, se declara disenso o la recomendación es no indicada, si los puntajes máximo y mínimo de calificación se ubican en regiones dispersas de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9) y la mediana se encuentra ubicada en las zonas de escala (1-3) o (4-6).

2. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8,5%”. En su opinión como experto usted se encuentra:

Una vez se han recopilado todas las calificaciones de los expertos (Cuestionarios Anexos) se calculó la mediana de estas calificaciones y se ubicaron los puntos extremos del rango de respuestas (el puntaje más alto y el puntaje más bajo).

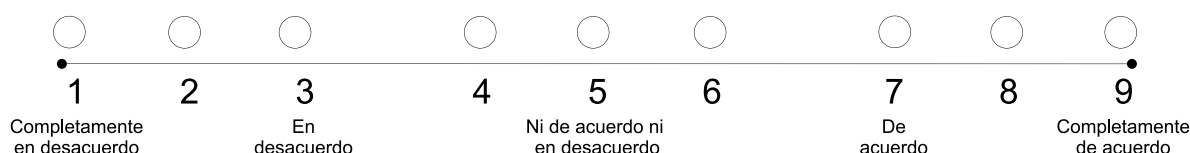
Calificaciones de los expertos (1-9)	8,9,7, 9,1,5,9,9
Mediana	8,5
Rango de respuestas (valor máximo y mínimo):	1;9

Se declara consenso, disenso o acuerdo relativo dependiendo del valor de la calificación máxima y mínima asignada por los expertos, así:

Criterios para la calificación sobre el consenso o disenso

Rango de respuestas (calificación máxima y mínima)= 1-9 (Disenso, no hay acuerdo)

Consenso (acuerdo fuerte)	Si los dos puntos extremos del rango de respuesta (el puntaje más alto y el puntaje más bajo) se ubican dentro de una de las tres regiones de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9)
Acuerdo relativo	Si los puntos extremos del rango de respuesta se ubican dentro de dos regiones consecutivas (1-3) (4-6), (7-9)
Disenso (no hay acuerdo)	Si los puntos extremos del rango de respuestas están dispersos dentro de dos regiones no consecutivas (1-3) y (7-9), se considera que no hubo consenso.



Valoración del grado de recomendación:

Si existe consenso, se procedió a calificar el grado de recomendación. Dependiendo del valor de la mediana, puede calificarse el grado de la recomendación de la siguiente manera:

Criterios para la calificación sobre el grado de recomendación

Mediana= (recomendación adecuada)

Recomendación adecuada, indicada o de primera línea.	Mediana ubicada en la zona de la escala de (7-9).
Recomendación no indicada o no recomendada	Mediana ubicada en la zona de la escala (1-3)
Grado de recomendación indefinido	Mediana ubicada en la zona (4-6)



En resumen, se declara consenso y se indica la recomendación si los puntajes máximo y mínimo de calificación se ubican dentro de una de las tres regiones de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9) y la mediana se encuentra ubicada en la zona de escala (7-9).

En resumen, se declara disenso o la recomendación es no indicada, si los puntajes máximo y mínimo de calificación se ubican en regiones dispersas de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9) y la mediana se encuentra ubicada en las zonas de escala (1-3) o (4-6).

3. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.”. En su opinión como experto usted se encuentra:

Una vez se han recopilado todas las calificaciones de los expertos se calculó la mediana de estas calificaciones y se ubicaron los puntos extremos del rango de respuestas (el puntaje más alto y el puntaje más bajo).

Calificaciones de los expertos (1-9)	8,9,7,9,1,7,9,9
Mediana	8,5
Rango de respuestas (valor máximo y mínimo):	1;9

Se declara consenso, disenso o acuerdo relativo dependiendo del valor de la calificación máxima y mínima asignada por los expertos, así:

Criterios para la calificación sobre el consenso o disenso

Rango de respuestas (calificación máxima y mínima)=1-9 (disenso, no hay acuerdo)

Consenso (acuerdo fuerte)	Si los dos puntos extremos del rango de respuesta (el puntaje más alto y el puntaje más bajo) se ubican dentro de una de las tres regiones de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9)
Acuerdo relativo	Si los puntos extremos del rango de respuesta se ubican dentro de dos regiones consecutivas (1-3) (4-6), (7-9)
Disenso (no hay acuerdo)	Si los puntos extremos del rango de respuestas están dispersos dentro de dos regiones no consecutivas (1-3) y (7-9), se considera que no hubo consenso.



Valoración del grado de recomendación:

Si existe consenso, se procedió a calificar el grado de recomendación. Dependiendo del valor de la mediana, puede calificarse el grado de la recomendación de la siguiente manera:

Criterios para la calificación sobre el grado de recomendación

Mediana= 8 (recomendación adecuada, indicada o de primera línea).

Recomendación adecuada, indicada o de primera línea.	Mediana ubicada en la zona de la escala de (7-9).
Recomendación no indicada o no recomendada	Mediana ubicada en la zona de la escala (1-3)
Grado de recomendación indefinido	Mediana ubicada en la zona (4-6)



En resumen, se declara consenso y se indica la recomendación si los puntajes máximo y mínimo de calificación se ubican dentro de una de las tres regiones de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9) y la mediana se encuentra ubicada en la zona de escala (7-9).

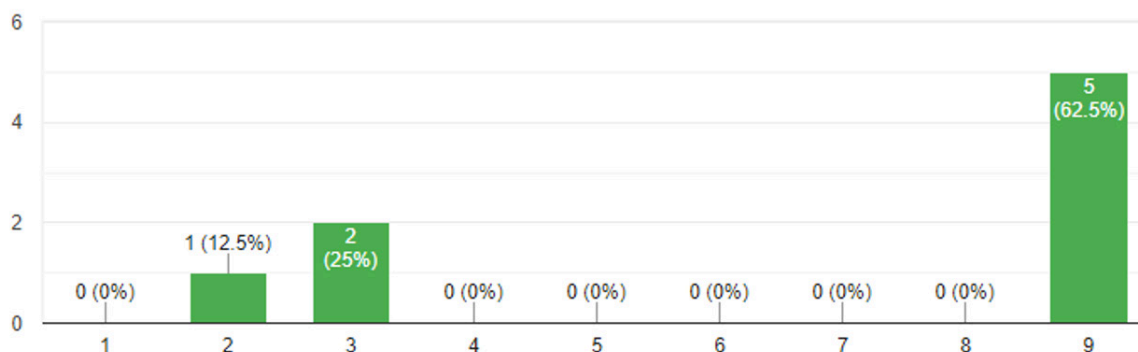
En resumen, se declara disenso o la recomendación es no indicada, si los puntajes máximo y mínimo de calificación se ubican en regiones dispersas de la zona de escala (1-3), (4-6), (7-9) y la mediana se encuentra ubicada en las zonas de escala (1-3) o (4-6).

**RESULTADOS DT2
(CUARTA RONDA) n=8**

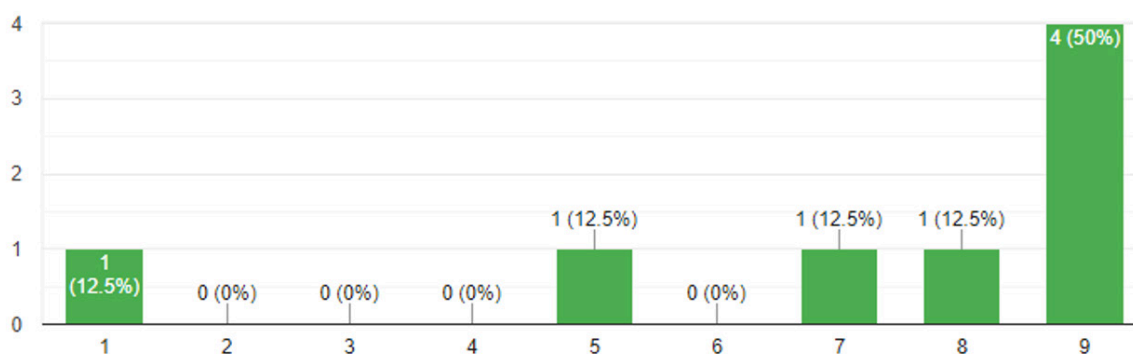
PREGUNTA	RESULTADO DEL CONSENSO	RESULTADO SOBRE EL GRADO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8%”. En su opinión como experto usted se encuentra:	Rango de respuestas: el valor mínimo fue 3 y el máximo 9 (disenso, no hay acuerdo) 2= en desacuerdo. 9=Completamente de acuerdo	Mediana= 9 (completamente de acuerdo).	Aunque se presenta como una recomendación adecuada (mediana 9), se presentó disenso por el rango de respuestas de 2-9 (completamente de acuerdo y en desacuerdo). (Recomendación no consensuada)
2. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8,5%”. En su opinión como experto usted se encuentra:	Rango de respuestas: el valor mínimo fue 1 y el máximo 9 (disenso, no hay acuerdo) 1= Completamente en desacuerdo. 9=Completamente de acuerdo.	Mediana= 8,5 (de acuerdo).	Aunque se presenta como una recomendación adecuada (mediana 8,5), se presentó disenso por el rango de respuestas de 1-9 (completamente de acuerdo y completamente en desacuerdo). (Recomendación no consensuada)
3. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.”. En su opinión como experto usted se encuentra:	Rango de respuestas: el valor mínimo fue 1 y el máximo 9 (disenso, no hay acuerdo) 1= Completamente en desacuerdo. 9=Completamente de acuerdo.	Mediana= 8,5 (de acuerdo).	Aunque se presenta como una recomendación adecuada (mediana 8,5), se presentó disenso por el rango de respuestas de 1-9 (completamente de acuerdo y completamente en desacuerdo). (Recomendación no consensuada)

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

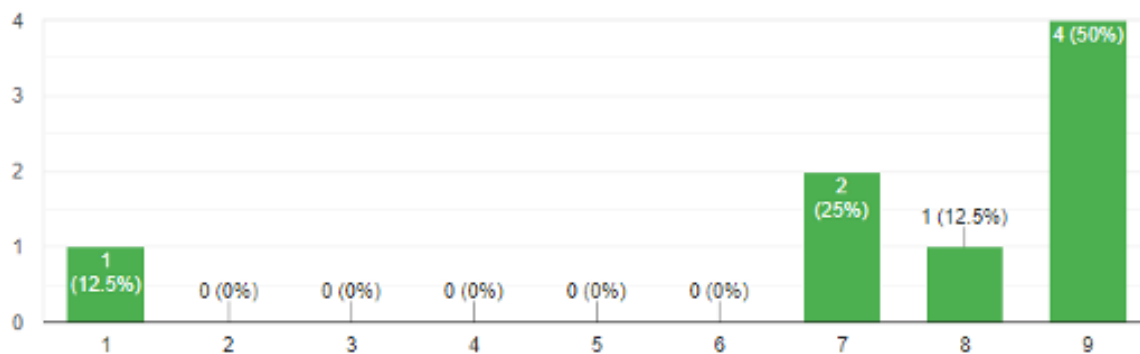
Pregunta 1. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8%”. En su opinión como experto usted se encuentra:



Pregunta 2. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8,5%”. En su opinión como experto usted se encuentra:



3. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.”. En su opinión como experto usted se encuentra:



RECOMENDACIONES CONSENSUADAS DT2 MEDICAMENTOS PRIMERA RONDA

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina, cuál de las combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1 elige:	Liraglutida/degludec	87,5%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m2, cuál de los GLP-1 elige:	Liraglutide	75%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

RECOMENDACIONES NO INDICADAS SEGÚN CONSENSO DT2 MEDICAMENTOS PRIMERA RONDA

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardíaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m ² , cual de los GLP-1 elige:	Dulaglutide	0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardíaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m ² , cual de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Vildagliptina Saxagliptina	25% 25%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardíaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m ² , cual de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Dulaglutida Semaglutida	12,5% 12,5%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

continua..

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina, cual de las combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1 elige:	Lisixenatida/glargina	12,5%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

**RECOMENDACIONES NO CONSENSUADAS DT2
(MEDICAMENTOS-PRIMERA RONDA)**

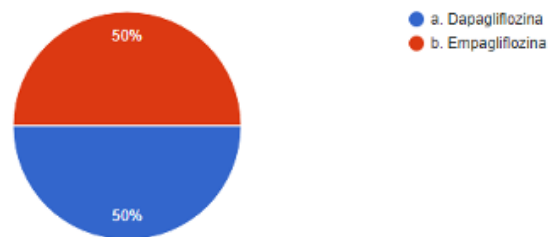
PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr y/o falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG mayor de 45 ml/min/1.73m2, cual de los ISGLT2 elige:	Dapagliflozina Empagliflozina	50% 50%	Indefinida	Se declara disenso
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m2, cuál de los GLP-1 elige:	Semaglutide	25%	Indefinida	Se declara disenso
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardiaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cuál de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Linagliptina Sitagliptina Vildagliptina	25% 50% 25%	Indefinida	Se declara disenso

continua..

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardíaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cual de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Liraglutida	50%	Indefinida	Se declara disenso
	Exenatida	25%	Indefinida	Aunque el porcentaje es inferior al 25%, la mejor opción cuenta únicamente con el 60 % de aceptación

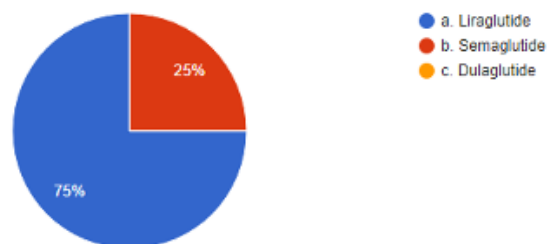
1. En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr y/o falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG mayor de 45 ml/min/1.73m2, cuál de los ISGLT2 elige:

- a. Dapagliflozina
- b. Empagliflozina



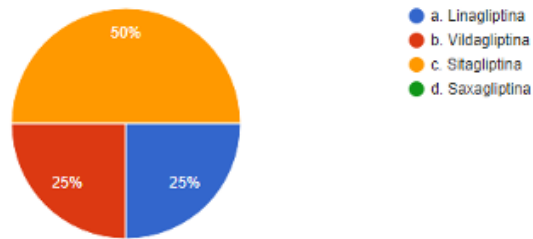
2. En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m2, cuál de los GLP-1 elige:

- a. Liraglutide
- b. Semaglutide
- c. Dulaglutide



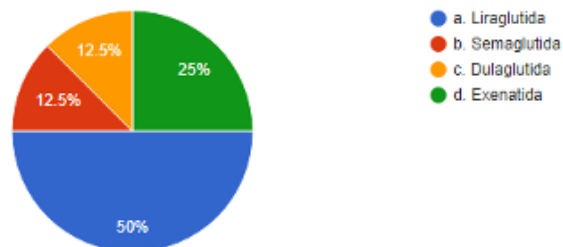
3. En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardiaca en manejo con metformina que persiste fuera de metas cuál de los IDPP 4 considera ud adicionar?

- a. Linagliptina
- b. Vildagliptina
- c. Sitagliptina
- d. Saxagliptina



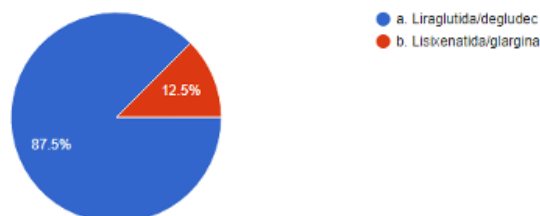
4. En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardiaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cuál de los agonistas de GLP1 recomienda usted:

- a. Liraglutida
- b. Semaglutida
- c. Dulaglutida
- d. Exenatida



5. En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina, cuál de las combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1 elige:

- a. Liraglutida/degludec
- b. Lisixenatida/glargina



3.3.6 Resultados finales 1,2,3 y 4 ronda de Votación Consenso DT2

En total **44** recomendaciones fueron sometidas a votación durante cuatro rondas, para el manejo clínico de la DT2. De estas, **10**, recomendaciones presentaron un porcentaje superior al **75%** por lo que se acordó consenso para acoger las recomendaciones.

Adicionalmente, **23** recomendaciones presentaron un porcentaje inferior a **25%**, por lo que se acordó consenso para no incluir estas recomendaciones.

Finalmente, **11** recomendaciones no lograron se consensuadas, por presentar un porcentaje de acuerdo entre el 26 % y 74%.

RECOMENDACIONES CONSENSUADAS DT2 PRIMERA RONDA

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. Recomienda el uso de combinaciones fijas de manejo oral para la DT2 con metformina que los mono-componentes por separado?	A. Si	91 %	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
2. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC > 30kg/m2, usted recomienda el inicio de terapia inyectable con:	C. Agonista de GLP-1	80%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

RECOMENDACIONES CONSENSUADAS DT2 (SEGUNDA Y TERCERA RONDA)

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr) O falla cardíaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con:	A. Metformina como terapia inicial y considerar adición ISGLT-2 y/o GLP-1 independientemente del valor de la HbA1c	82%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
2. En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) Ó falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas (<0,5% HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo:	B. Insulina basal	85% (tercera ronda)	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
3. En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con:	B. IDPP 4	82%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
4. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m2, recomienda el inicio de terapia inyectable con:	B. Agonista de GLP-1	83% (tercera ronda)	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
5. Cuál de las insulinas análogas de 2 generación, recomienda usted, en el caso de los pacientes con DT2, que vienen en manejo con insulina glargina y presentan hipoglicemia severa o hipoglicemias sintomáticas recurrentes no explicadas (<70mg/dl)?	B. Degludec U100	89%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
6. Cuál es su elección en el manejo de pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina?	B. Inicio de combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1	86%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

RECOMENDACIONES CONSENSUADAS DT2 MEDICAMENTOS PRIMERA RONDA

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (75%-100%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina, cuál de las combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1 elige:	Liraglutida/degludec	87,5%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardíaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m2, cuál de los GLP-1 elige:	Liraglutide	75%	Indicada	Se declara consenso y se acoge la recomendación

RECOMENDACIONES NO INDICADAS SEGÚN CONSENSO DT2 (PRIMERA RONDA)

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. Usted recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de:	C. 1% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente .	7%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
2. En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr) o falla cardíaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con:	A. ISGLT-2 como terapia inicial independientemente de la HbA1c.	11%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
	B. ISGLT-2 ó GLP-1 como terapia inicial independientemente de la HbA1c.	22%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
3. En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) Ó falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas (<0,5% HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo:	B. Sulfonilurea (Glimepiride)	10%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
	C. GLP-1 con beneficio cardiovascular	10%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
4. En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con:	C. GLP – 1	0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
	D. Insulina Basal	0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

continua

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
5. Recomienda el uso de combinaciones fijas de manejo oral para la DT2 con metformina que los mono-componentes por separado?	B. No	9%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
6. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m2, recomienda el inicio de terapia inyectable con:	A. Insulina NPH en presentación VIAL	0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
7. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC > 30kg/m2, usted recomienda el inicio de terapia inyectable con:	A. Insulina NPH en presentación VIAL	0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
	B. Insulina glargina	20%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
1. En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr) Ó falla cardiaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con:	B. Metformina por 3 meses y si persiste fuera de metas iniciar manejo con ISGLT 2/GLP-1.	17%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

continua

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
2. En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) Ó falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas (<0,5% HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo:	A. IDPP 4	14% Tercera ronda	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
3. En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con:	A. Sulfonilurea con bajo riesgo de hipoglicemia (Glimepiride)	18%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
4. En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas (>0,5% de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m2, recomienda el inicio de terapia inyectable con:	A. Insulina glargina	17% Tercera ronda	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
5.Cuál de las insulinas análogas de 2 generación, recomienda usted, en el caso de los pacientes con DT2, que vienen en manejo con insulina glargina y presentan hipoglicemia severa o hipoglicemias sintomáticas recurrentes no explicadas (<70mg/dl)?	A. Glargina U300	11%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

continua

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
6. Cuáles fue su elección en el manejo de pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina?	A. Inicio de 1 bolo prandial en la comida con mayor # de carbohidratos	14%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

**RECOMENDACIONES NO INDICADAS SEGÚN CONSENSO DT2
MEDICAMNETOS PRIMERA RONDA**

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m2, cual de los GLP-1 elige:	Dulaglutide	0%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardiaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cual de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Vildagliptina	25%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
	Saxagliptina	25%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (0%-25%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardíaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cual de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Dulaglutida	12,5%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
	Semaglutida	12,5	No indicada	Consenso para descartar la alternativa
En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina, cual de las combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1 elige:	Lisixenatida/glargina	12,5%	No indicada	Consenso para descartar la alternativa

Fuente: elaboración propia UNISANITAS.

**RECOMENDACIONES NO CONSENSUADAS DT2
(PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA RONDA)**

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. Usted recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de:	A. HbA1c > 8%	45%-43%	Indefinida	Aunque el porcentaje es inferior al 25% se someterá nuevamente a consenso, porque la mejor opción cuenta únicamente con el 60 % de aceptación
	B. HbA1c > 8,5%	27%-29% (2-3 ronda)		
	C. 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.	27%-29% (2-3 ronda)	Indefinida	Se declara disenso y se debate en la próxima reunión (pasa a la segunda ronda)

**RECOMENDACIONES NO CONSENSUADAS DT2
(CUARTA RONDA-METODOLOGÍA ALTERNATIVA)**

PREGUNTA	RESULTADO DEL CONSENSO	RESULTADO SOBRE EL GRADO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
4. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8%”. En su opinión como experto usted se encuentra:	Rango de respuestas: el valor mínimo fue 3 y el máximo 9 (disenso, no hay acuerdo) 2= en desacuerdo. 9=Completamente de acuerdo.	Mediana= 9 (completamente de acuerdo).	Aunque se presenta como una recomendación adecuada (mediana 9), se presentó disenso por el rango de respuestas de 2-9 (completamente de acuerdo y en desacuerdo). (Recomendación no consensuada)

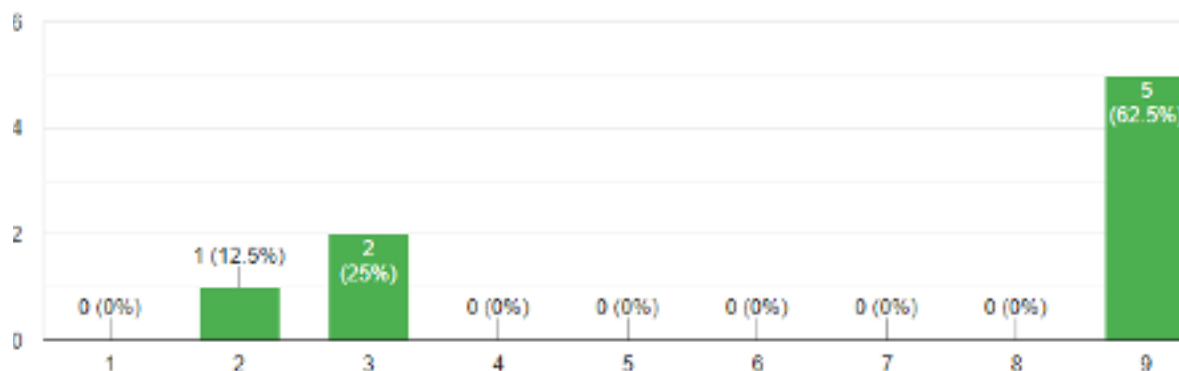
PREGUNTA	RESULTADO DEL CONSENSO	RESULTADO SOBRE EL GRADO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
5. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8,5%”. En su opinión como experto usted se encuentra:	Rango de respuestas: el valor mínimo fue 1 y el máximo 9 (disenso, no hay acuerdo) 1= Completamente en desacuerdo. 9=Completamente de acuerdo.	Mediana= 8,5 (de acuerdo).	Aunque se presenta como una recomendación adecuada (mediana 8,5), se presentó disenso por el rango de respuestas de 1-9 (completamente de acuerdo y completamente en desacuerdo). (Recomendación no consensuada)
6. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.”. En su opinión como experto usted se encuentra:	Rango de respuestas: el valor mínimo fue 1 y el máximo 9 (disenso, no hay acuerdo) 1= Completamente en desacuerdo. 9=Completamente de acuerdo.	Mediana= 8,5 (de acuerdo).	Aunque se presenta como una recomendación adecuada (mediana 8,5), se presentó disenso por el rango de respuestas de 1-9 (completamente de acuerdo y completamente en desacuerdo). (Recomendación no consensuada)

**RECOMENDACIONES NO CONSENSUADAS DT2
(MEDICAMENTOS-PRIMERA RONDA)**

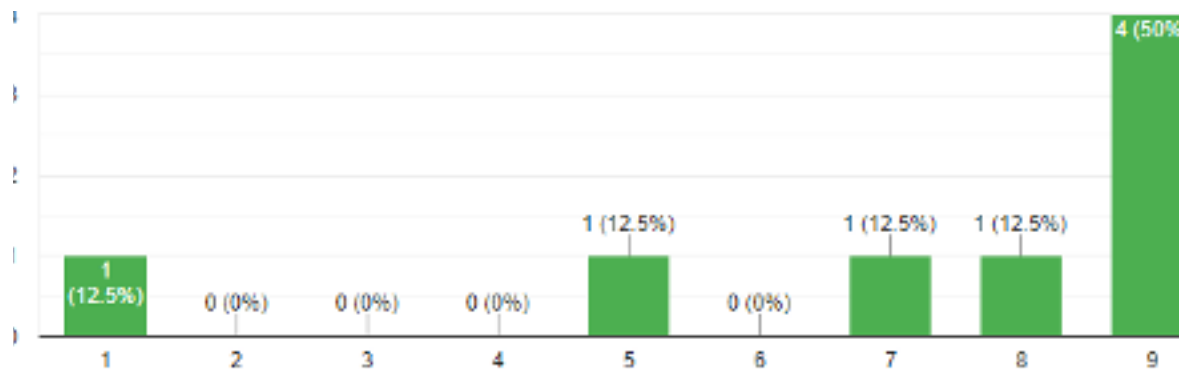
PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr y/o falla cardíaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG mayor de 45 ml/min/1.73m2, cual de los ISGLT2 elige:	Dapagliflozina	50%	Indefinida	Se declara disenso
	Empagliflozina	50%	Indefinida	Se declara disenso
En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardíaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m2, cuál de los GLP-1 elige:	Semaglutide	25%	Indefinida	Se declara disenso
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardíaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cuál de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Linagliptina	25%	Indefinida	Se declara disenso
	Sitagliptina	50%	Indefinida	Se declara disenso
	Vildagliptina	25%		Se declara disenso

PREGUNTA	RECOMENDACIONES PROPUESTAS (OPCIONES DE RESPUESTA)	Resultado % (26%-74%)	TIPO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardíaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cual de los agonistas de GLP1 recomienda usted:	Liraglutida	50%	Indefinida	Se declara disenso
	Exenatida	25%	Indefinida	Aunque el porcentaje es inferior al 25%, la mejor opción cuenta únicamente con el 60 % de aceptación

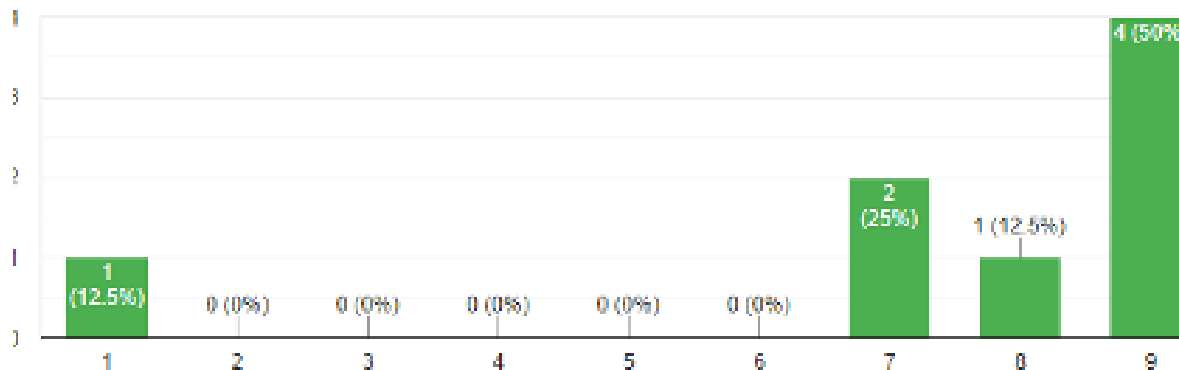
7. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8%”. En su opinión como experto usted se encuentra:



8. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de HbA1c > 8,5%”. En su opinión como experto usted se encuentra:

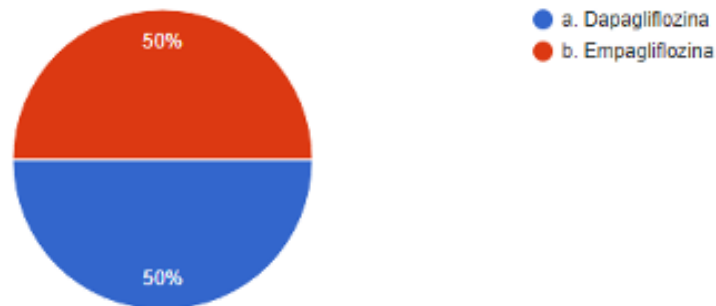


9. De acuerdo con el siguiente enunciado “ Se recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de 1.5-2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente.”. En su opinión como experto usted se encuentra:



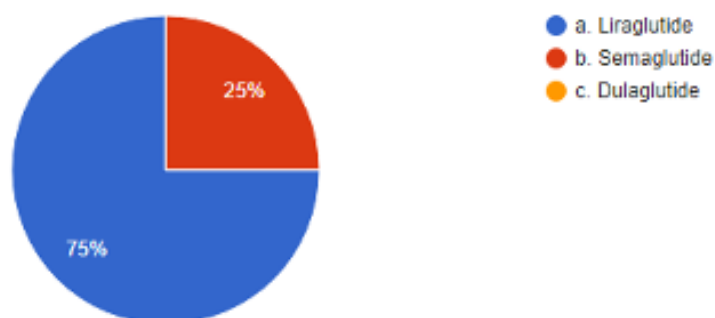
6. En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr y/o falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG mayor de 45 ml/min/1.73m², cuál de los ISGLT2 elige:

- c. Dapagliflozina
- d. Empagliflozina



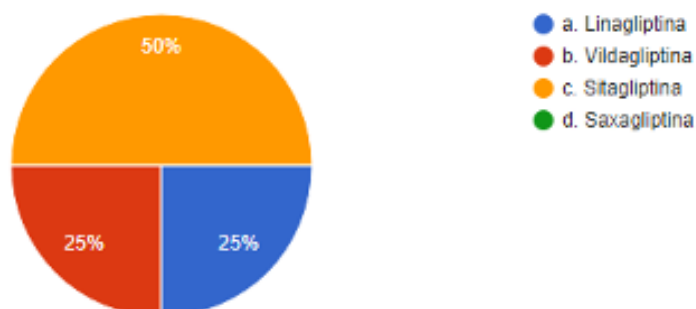
7. En pacientes con DT2 CON enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC >300mg/gr, falla cardiaca (fevi < 40) en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m², cuál de los GLP-1 elige:

- d. Liraglutide
- e. Semaglutide
- f. Dulaglutide



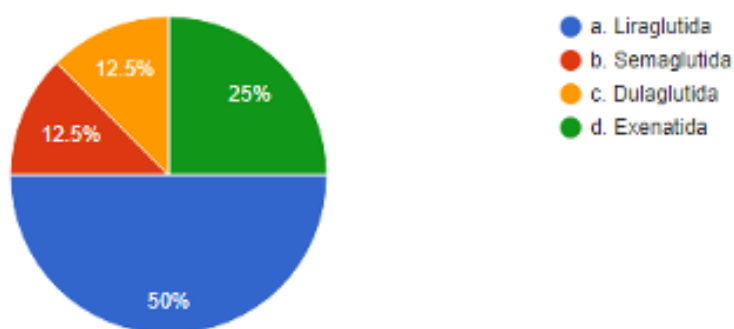
8. En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardiaca en manejo con metformina que persiste fuera de metas cuál de los IDPP 4 considera ud adicionar?

- e. Linagliptina
- f. Vildagliptina
- g. Sitagliptina
- h. Saxagliptina



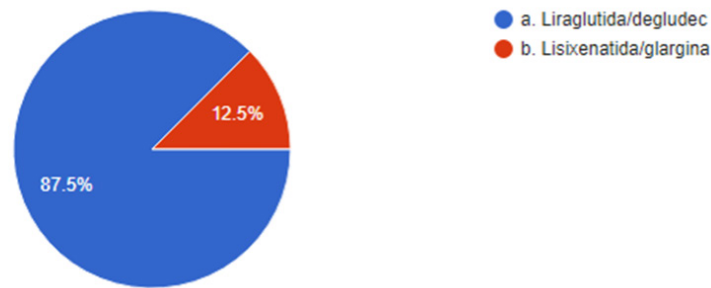
9. En pacientes con DT2 SIN enfermedad cardiovascular establecida, sin enfermedad renal (RAC <300mg/gr, sin falla cardiaca en manejo con metformina con persistencia con HbA1c fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m2, cual de los agonistas de GLP1 recomienda usted:

- e. Liraglutida
- f. Semaglutida
- g. Dulaglutida
- h. Exenatida



10. En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC > 25%, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina, cuál de las combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1 elige:

- c. Liraglutida/degludec
- d. Lisixenatida/glargina



3.3.7 Resultados tercera reunión de Consenso DT2

Realizada el 6 de abril de 2020 con una intensidad horaria de 2 horas. Sala virtual 997-661-005 en el software GoToMeeting. Total participantes 15.

Agenda desarrollada

- » Presentación de la propuesta ajustada de unificación del manejo clínico, según conclusiones, recomendaciones y consenso en la segunda reunión (segunda y tercera ronda) y cuestionario electrónico.
- » Presentación de los algoritmos.
- » Participación del público mediante preguntas, comentarios, interacción y debate entre expertos.
- » Generación de conclusiones, recomendaciones y consenso de los algoritmos.

Resultados de la reunión:

La Dra. Lina Fajardo inicia su presentación mencionando los resultados relacionados con la diabetes mellitus tipo 2 (DT2) que han logrado consenso en las reuniones previas.

La Dra. Lina Fajardo enuncia cada una de las preguntas y alternativas que han sido acordadas por consenso hasta el momento:

- » Se recomienda el uso de combinaciones fijas de manejo oral para la DT2 con metformina.
- » En los pacientes con DT2 en manejo con 2 agentes orales, con persistencia de HbA1c fuera de metas ($>0,5\%$ de la meta de HbA1c establecida) con IMC entre 25-30kg/m², recomienda el inicio de terapia inyectable con agonista de GLP-1.
- » En los pacientes con DT2 con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal (RAC $>300\text{mg/gr}$) O falla cardíaca (FEVI < 40), usted recomienda manejo con Metformina como terapia inicial y considerar adición ISGLT-2 y/o GLP-1 independientemente del valor de la HbA1c.
- » En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC $>300\text{mg/gr}$) O falla cardíaca (FEVI < 40), en manejo con metformina + ISGLT2, con HbA1c aun fuera de metas ($<0,5\%$ HbA1c de la meta), usted recomienda como 3 línea de manejo insulina basal.
- » En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ni ERC ni falla cardíaca que persisten con HbA1c fuera de metas, a pesar de manejo con metformina, usted recomienda tratamiento de 2 línea con IDPP 4.
- » En el caso de los pacientes con DT2 que vienen en manejo con insulina glargina y presentan hipoglicemia severa o hipoglicemias sintomáticas recurrentes no explicadas ($<70\text{mg/dl}$) se recomienda Degludec U100 como insulina análoga de segunda generación
- » En el manejo de pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC $> 25\%$, que viene en manejo con medicamentos orales y con insulina glargina se recomienda inicio de combinaciones fijas con insulinas análogas/GLP1.
- » Elegir Liraglutida/degludec
- » En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, que vienen en manejo con insulina glargina y presentan hipoglicemia severa o hipoglicemias sintomáticas recurrentes no explicadas ($<70\text{mg/dl}$) se recomienda Degludec U100 como insulina análoga de segunda generación

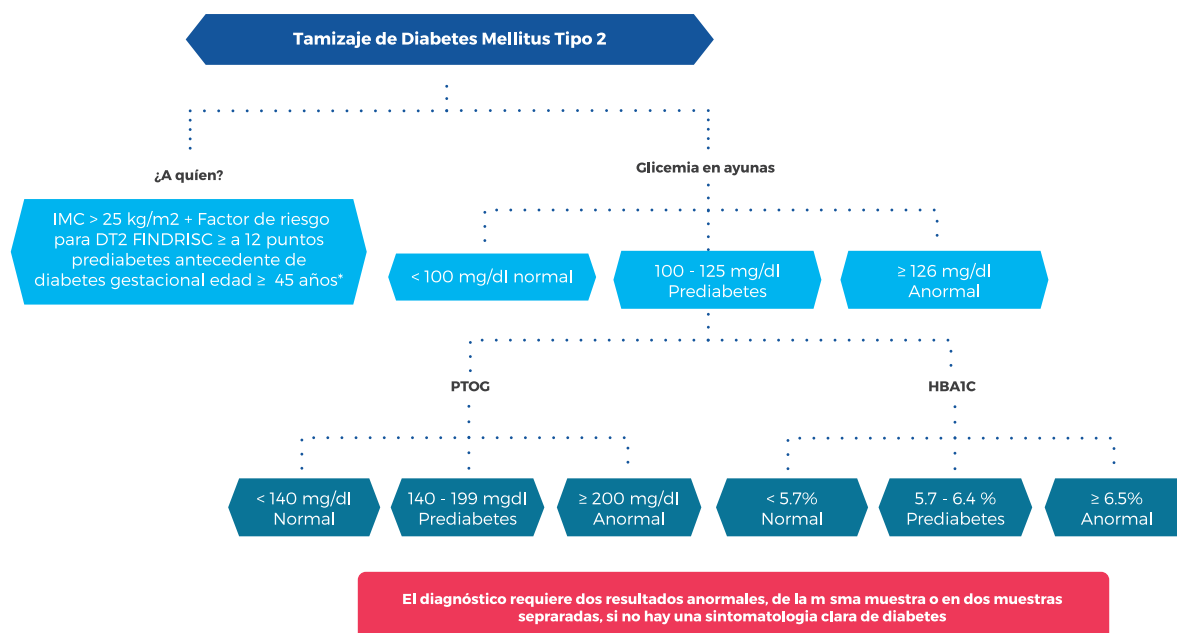
Sin consenso en las rondas previas:

- Usted recomienda iniciar terapia combinada farmacológica (metformina + otro agente oral) en todos los pacientes con DT2 recién diagnosticada en caso de... Las respuestas fueron:
 - A, HbA1c $> 8\%$ primera votación 45 por ciento, segunda votación 43 por ciento,

- B. HbA1c > 8% primera votación 45 por ciento, segunda votación 43 por ciento
- C. 1.5 – 2% por encima de la meta de HbA1c establecida para el paciente
- En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) O falla cardiaca (FEVI < 40), en manejo con metformina, con TFG mayor de 45 ml/min/1.73m² ¿Cuál de los ISGLT2 elige? ¿Dapagliflozina o Empagliflozina?
- En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) O falla cardiaca (FEVI < 40), en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m² ¿Cuál de los GLP-1 elige? ¿Liraglutide o Semaglutide?
- En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ERC (RAC >300mg/gr) sin falla cardiaca en manejo con metformina que persiste fuera de metas ¿Cuál de los IDPP 4 considera adicionar? ¿Linagliptina o Sitagliptina?
- En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, sin ERC sin falla cardiaca en manejo con metformina y con HbA1c que persiste fuera de metas con IMC entre 25-30kg/m² utilizar como agonistas de GLP-1 Liraglutide
- Nota: En caso de preferencia de uso semanal puede utilizar Semaglutide o Exenatida.

La Dra. Lina Fajardo explica que a partir de esos resultados se han elaborado los siguientes algoritmos:

Algoritmo para tamizaje de DT2



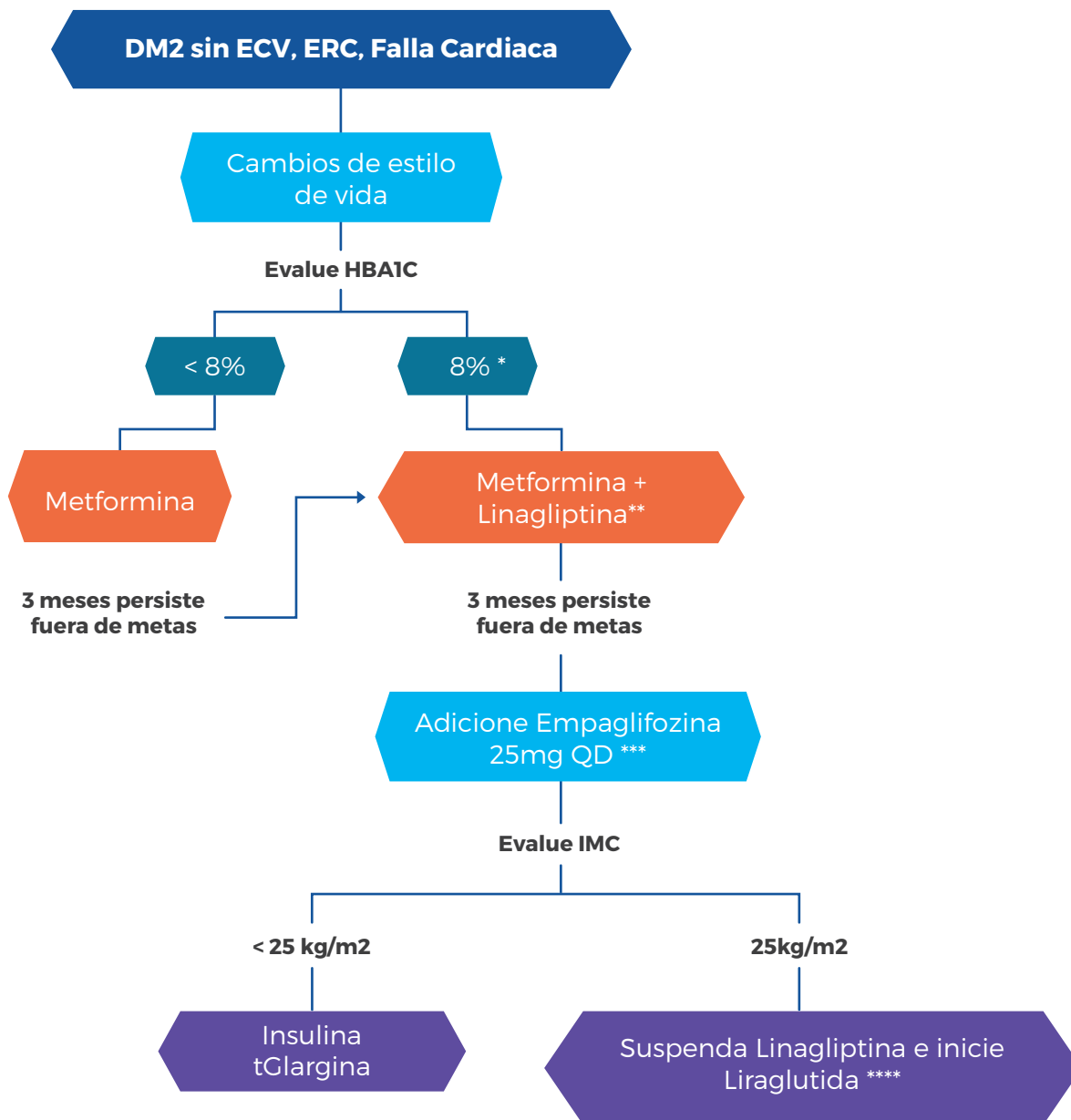
Algoritmo para cambios en estilos de vida



*No inicie metformina si TFG < 45 ml/min

*Si viene tomando metformina y la TFG es < 45 ml/min reduzca la dosis al 50%.

Algoritmo para DT2 sin comorbilidad



* Considere inicio de terapia dual si la HbA1c se encuentra 1.5-2% por encima de meta de su paciente.

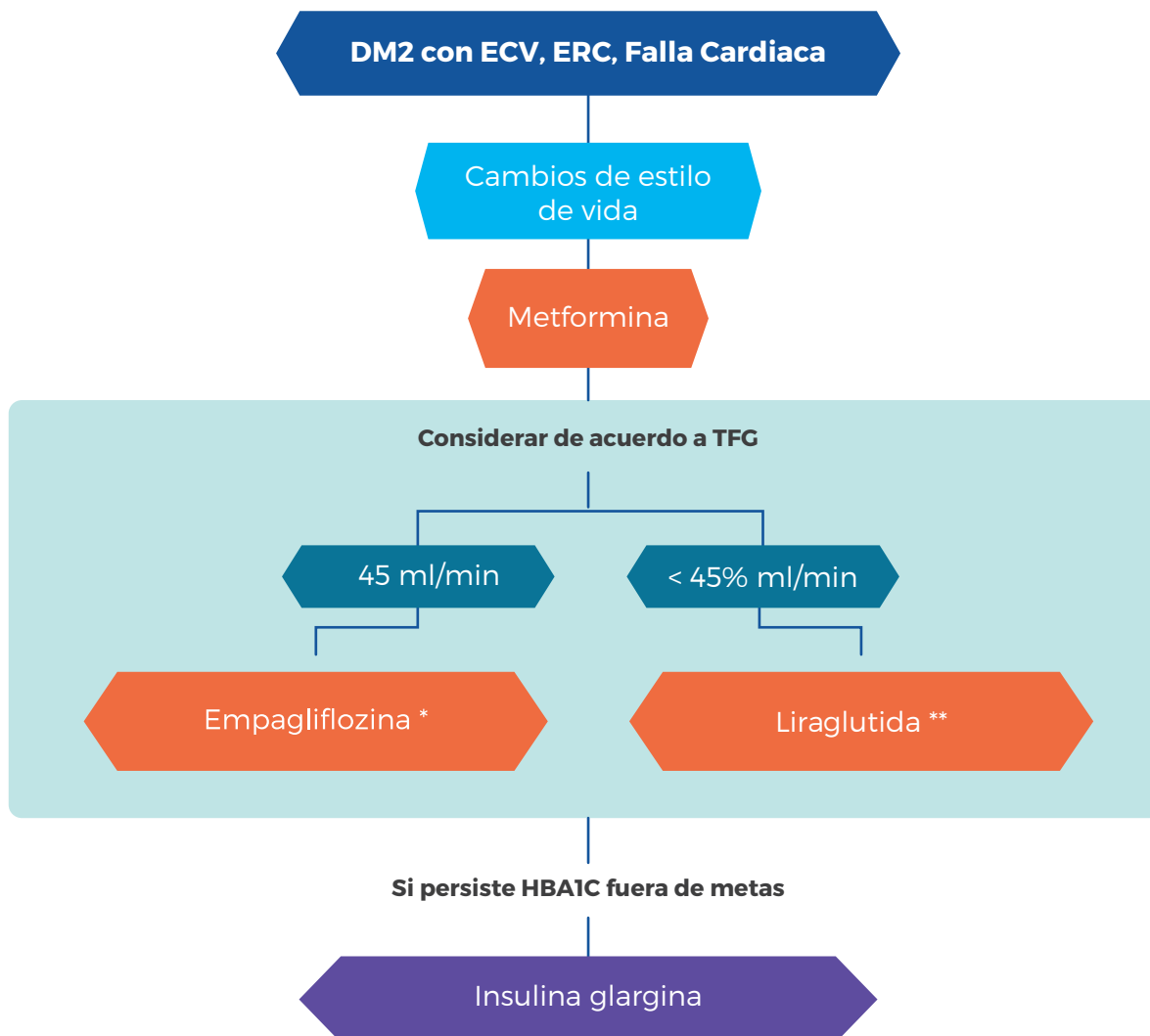
** Utilice siempre combinaciones fijas. Puede reemplazar la linagliptina por sitagliptina.

*** En caso de intolerancia considere reemplazar por metformina+dapagliflozina.

**** En caso de preferencia de GLP-1 semanal reemplace liraglutida por semaglutida o exenatida.

+ La linagliptina no requiere ajuste según función renal, a diferencia de otros IDDP-4.

Algoritmo para DT2 con comorbilidad



* Se recomienda utilizar combinaciones orales fijas. En caso de intolerancia cambie a metformina dapagliflozina.

** Si prefiere inyección semanal, considere semaglutida.

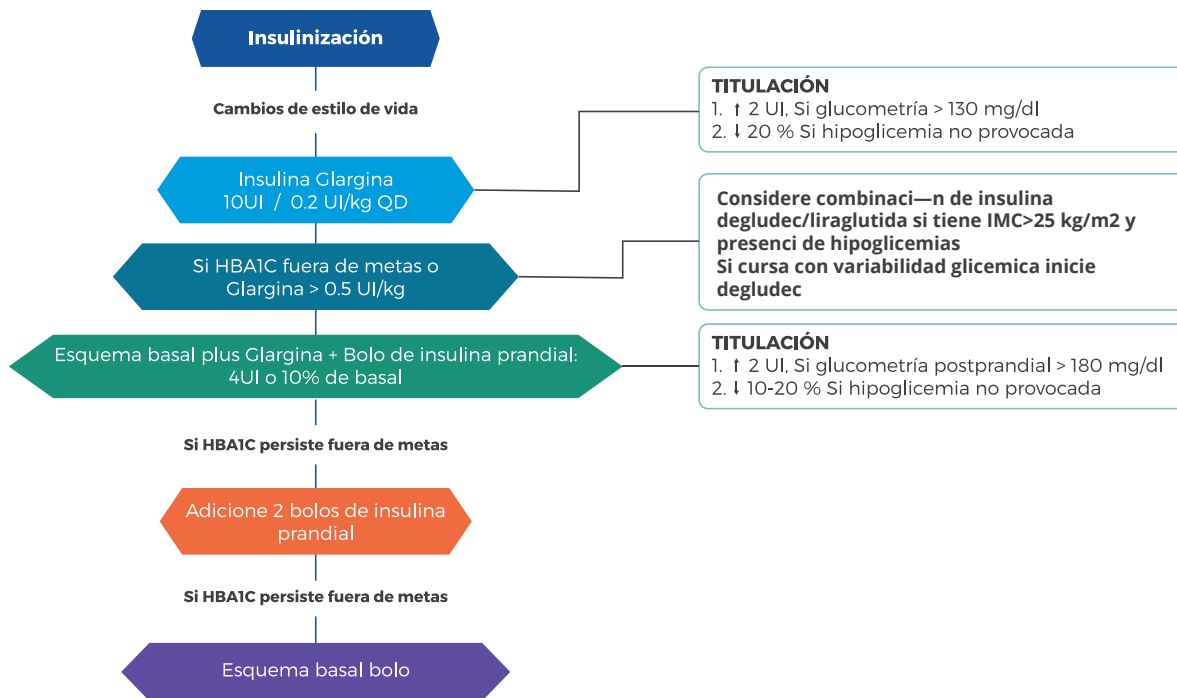
Advertencias

+ Los GLP-1 no tienen impacto en falla cardíaca.

++ I-SGLT2

- Entre los 18 a 75 años
- Evitar con IVU a repetición
- Evitar con TFG < 45 ml/min
- Evitar con HbA1c > 10%

Algoritmo para insulinización



Comentarios de los participantes:

- Se solicita indicar en los algoritmos las dosis de los medicamentos.
- Se sugiere revisar las edades de inicio del tamizaje para diabetes de 45 años (Resolución 4003 basada en la Resolución 412) a 29 años (Resolución 3280 vigente actualmente).
- Semaglutide por vía oral va a estar disponible en el futuro y por su eficacia vale la pena incluirla en el algoritmo desde ahora.
- Respuesta Unisanitas: Mientras no esté disponible y sin registro INVIMA no se puede incluir en el algoritmo.
- Se sugiere actualizar las recomendaciones de manera periódica para ajustar el consenso a los cambios en el manejo de las enfermedades.

Conclusión frente al consenso para el manejo de la DT2:

- Al finalizar la ronda de comentarios, los participantes acuerdan que se requiere una reunión adicional para alcanzar en consenso en el manejo de la diabetes.
- Se convocará una siguiente reunión para el martes 14 de abril enviando

previamente la grabación de esta reunión a todos los participantes.

3.3.8 Resultados cuarta reunión de Consenso DT2

Realizada el 14 de Abril de 2020, con intensidad horaria de 2 horas. Sala virtual 997-661-005 en el software GoToMeeting. Total participantes 17.

ENFERMERAS

- » Mayerly Hernández
- » Ruth Quintana
- » Sirley Alzate Quintero

Agenda desarrollada

- Presentación de la propuesta ajustada de unificación del manejo clínico, según conclusiones, recomendaciones y consenso en la tercera reunión
- Presentación de los algoritmos
- Participación del público mediante preguntas, comentarios, interacción y debate entre expertos.
- Generación de conclusiones, recomendaciones y consenso de los algoritmos

Desarrollo de la reunión:

La Dra. Lina Fajardo inicia su presentación mencionando los resultados relacionados con la diabetes mellitus tipo 2 (DT2) que han logrado consenso en las reuniones previas, así como los ajustes solicitados en la reunión anterior que ya fueron incluidos en esta versión mejorada. Los ajustes son incluir las edades par tamizaje de la Resolución 3280 de 2018, mencionar las dosis de los medicamentos en los algoritmos y tener en cuenta los resultados de la consulta por internet que se hicieron después de la reunión anterior de consenso.

Se presentan cada una de las preguntas sin consenso en las rondas previas aportando nueva información que permita unificar el manejo:

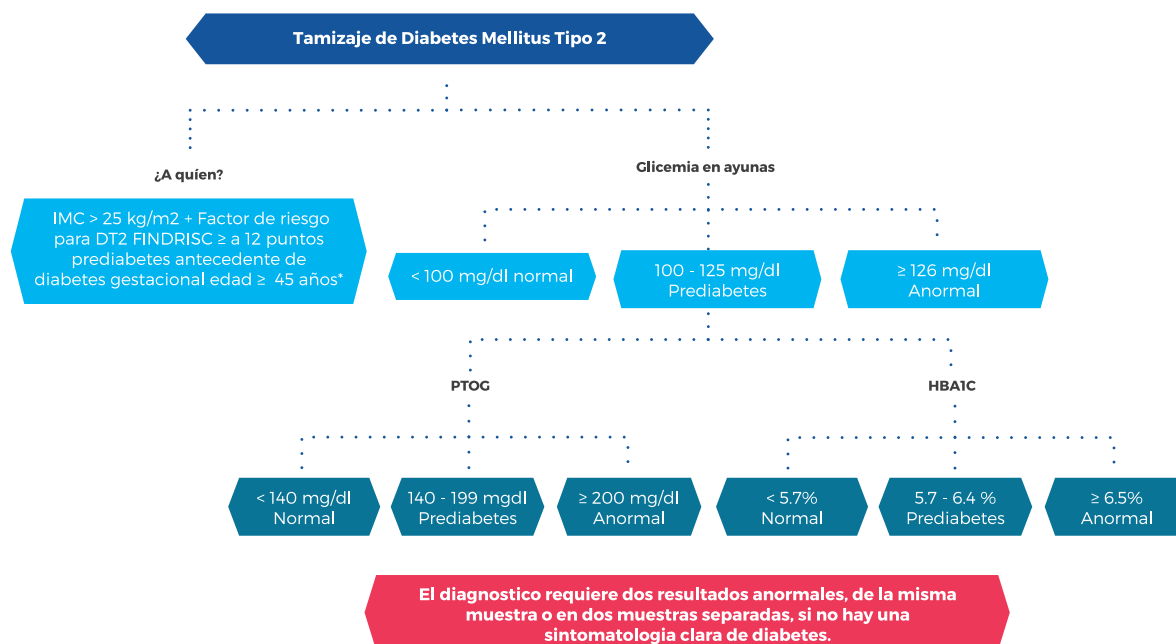
- En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC $>300\text{mg/gr}$) O falla cardiaca (FEVI < 40), en manejo con metformina, con TFG mayor de 45 ml/min/1.73m^2 ¿Cuál de los ISGLT2 elige? ¿Dapagliflozina o Empagliflozina? Se aporta información del INVIMA que recomienda para enfermedad cardiovascular establecida la Empagliflozina
- En los pacientes con DT2 con ECV establecida, ERC (RAC $>300\text{mg/gr}$) O falla cardiaca (FEVI < 40), en manejo con metformina, con TFG menor de 45 ml/min/1.73m^2 ¿Cuál de los GLP-1 elige? ¿Liraglutide o Semaglutide? Con la nueva votación se escoge

Liraglutide con un 75% de votos. Además, Liraglutide cuenta con la recomendación del INVIMA como medicamento para reducir el riesgo de muerte cardiovascular en pacientes con diabetes.

- En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, ERC (RAC $>300\text{mg/gr}$) sin falla cardiaca en manejo con metformina que persiste fuera de metas ¿Cuál de los IDPP 4 considera adicionar? ¿Linagliptina o Sitagliptina o Vildagliptina o Saxagliptina? Con la nueva votación se escoge Sitagliptina con un 50% de votos.
- En los pacientes con DT2 sin ECV establecida, sin ERC sin falla cardiaca en manejo con metformina y con HbA1c que persiste fuera de metas con IMC entre $25\text{-}30\text{kg/m}^2$ utilizar como agonistas de GLP-1 ¿Liraglutide o Semaglutide o Exenatida? Con la nueva votación se escoge Liraglutide con un 50% de votos.
- En pacientes con DT2, HbA1c fuera de metas, con presencia de hipoglicemias ocasionales e IMC mayor de 25%, que viene en manejo de medicamentos orales y con insulina glargina, cual de las combinaciones fijas insulinas análogas/GLP1 elige:
- ¿Liraglutida/degludec o Lisixenatida/glargina? Con la nueva votación se escoge Liraglutide/degludec con un 87% de votos.

La Dra. Lina Fajardo explica que a partir de esos resultados se han elaborado los siguientes algoritmos que ya han sido ajustados según las recomendaciones recibidas en la tercera sesión de consenso:

Algoritmo para tamizaje de DT2



Se incluirá la nota: *Según Resolución 4003 del año 2008 y a partir de los 29 años según la Resolución 3280 de 2018.

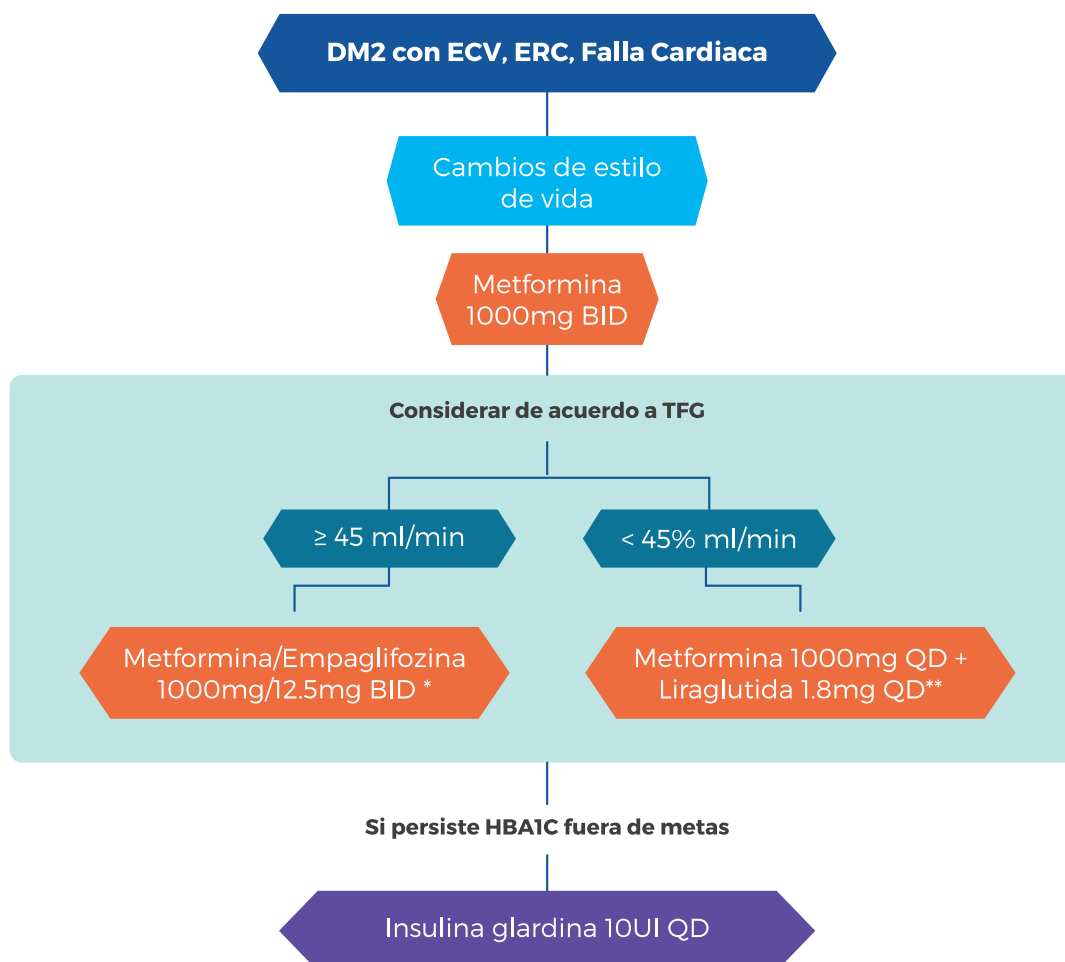
Algoritmo para cambios en estilos de vida



Algoritmo 1. Manejo de la DT2.

- * La dosis de metformina se debe aumentar gradualmente, iniciando con 500 mg QD e ir incrementando las dosis hasta llegar a 100 mg BID.
- * Si viene tomando metformina y la TFG es < 45 ml/min reducir el 50% de la dosis
- * NO inicie metformina si TFG < 45 ml/min
- * Suspender metformina si TFG < 30 ml/min

**Algoritmo para tratamiento con enfermedad cardiovascular establecida, ERC o falla cardíaca
(incluye las dosis de los medicamentos)**



* Si intolerancia gastrointestinal cambie a metformina/dapaglifosina 1000 mg/10mg QD

** Realizar titulación de liraglutida

- Si considera GLP-1 semanal: Semaglutida realizar titulación

Advertencias

+ Los GLP-1 no tienen impacto en falla cardíaca.

++ I-SGLT2

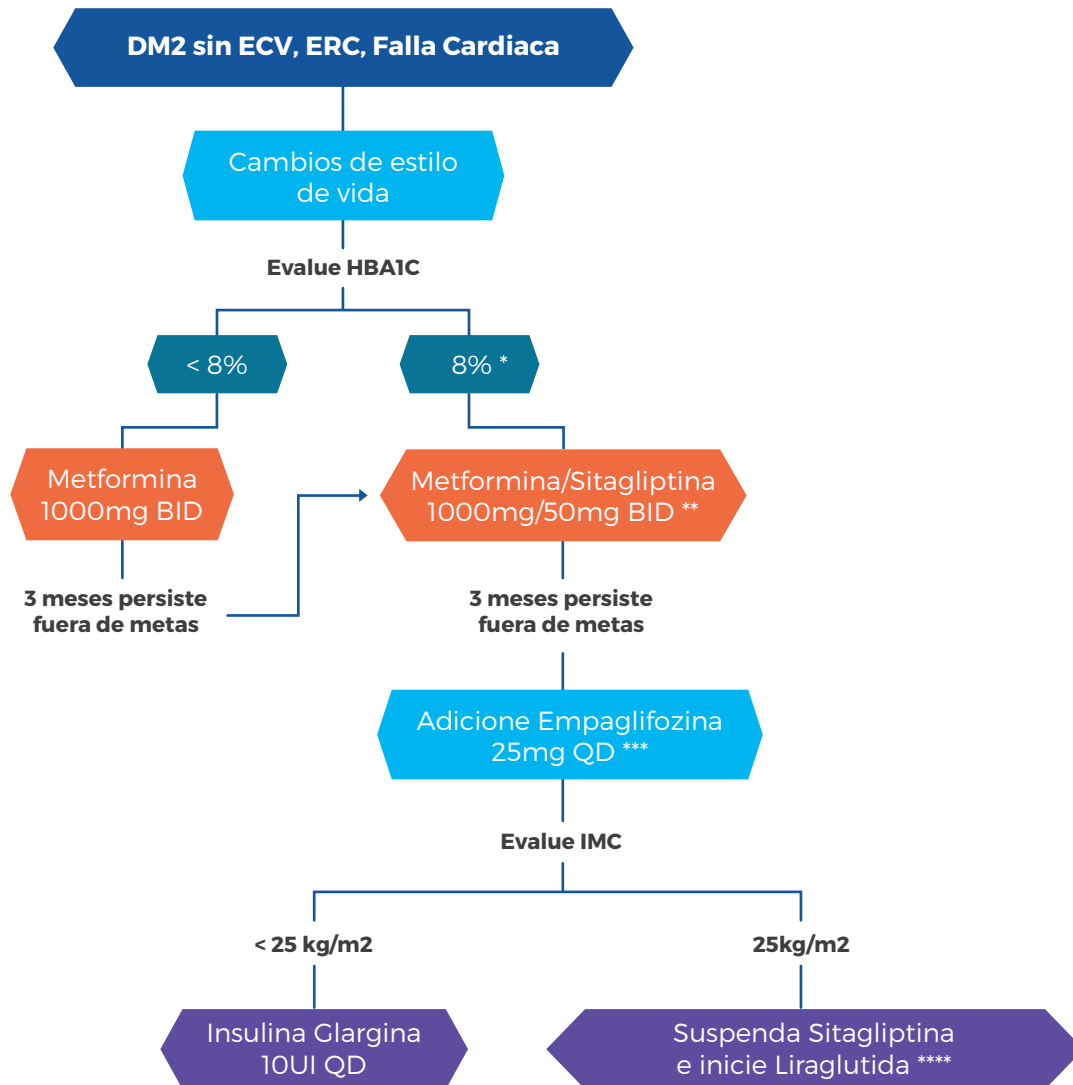
- Usar entre los 18 a 75 años

- Evitar con IVU a repetición

- Evitar con TFG < 45 ml/min

- Evitar con HbA1c > 10%

**Algoritmo para DT2 sin comorbilidad
(incluye las dosis de los medicamentos)**



* Considere inicio de terapia dual si la HbA1c se encuentra 1.5-2% por encima de meta establecida

** Alternativa metformina/linagliptina 1000/2,5 mg BID.

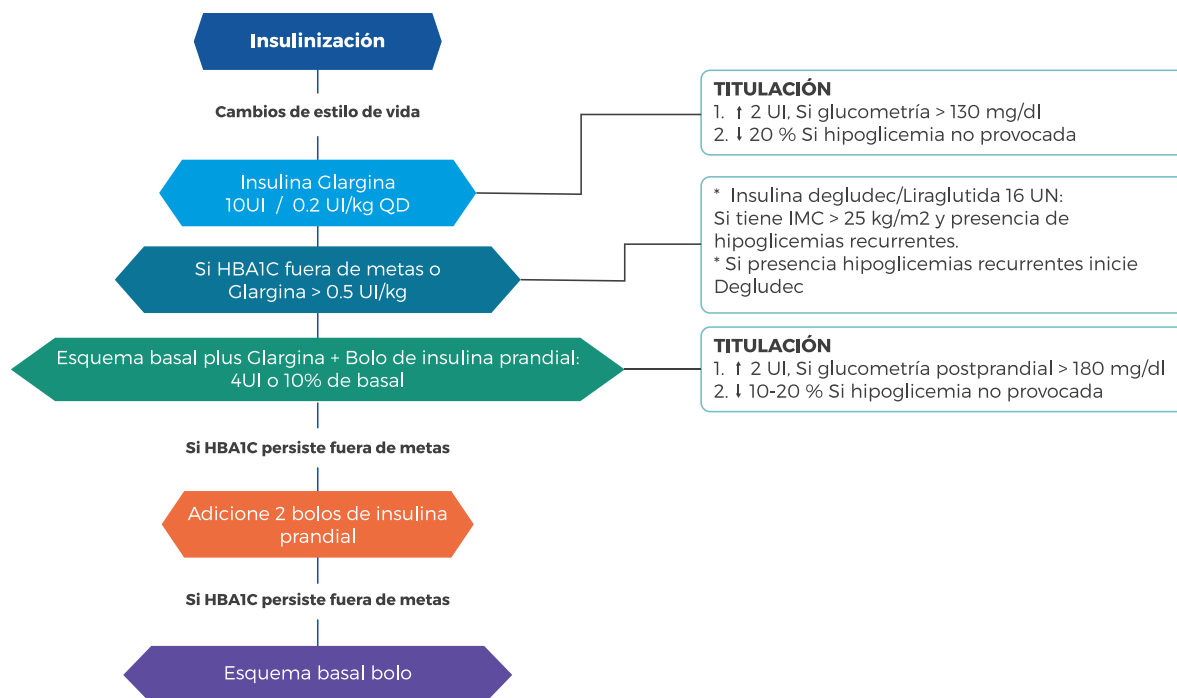
*** Alternativa dapagliflozina 10 mg QD.

**** Titulación liraglutida

1ra semana 0.6 mg QD. 2da Sem 1.2 mg QD, luego continuar 1.8 mg QD

- Si considera GLP-1 semanal: Semaglutida así 1er mes: 0.25 mg c/sem, 2do mes 0.5 mg c/sem y considerar aumentar a 1 mg c/sem ó exenatida 1.8 mg semanal

Algoritmo para insulinización

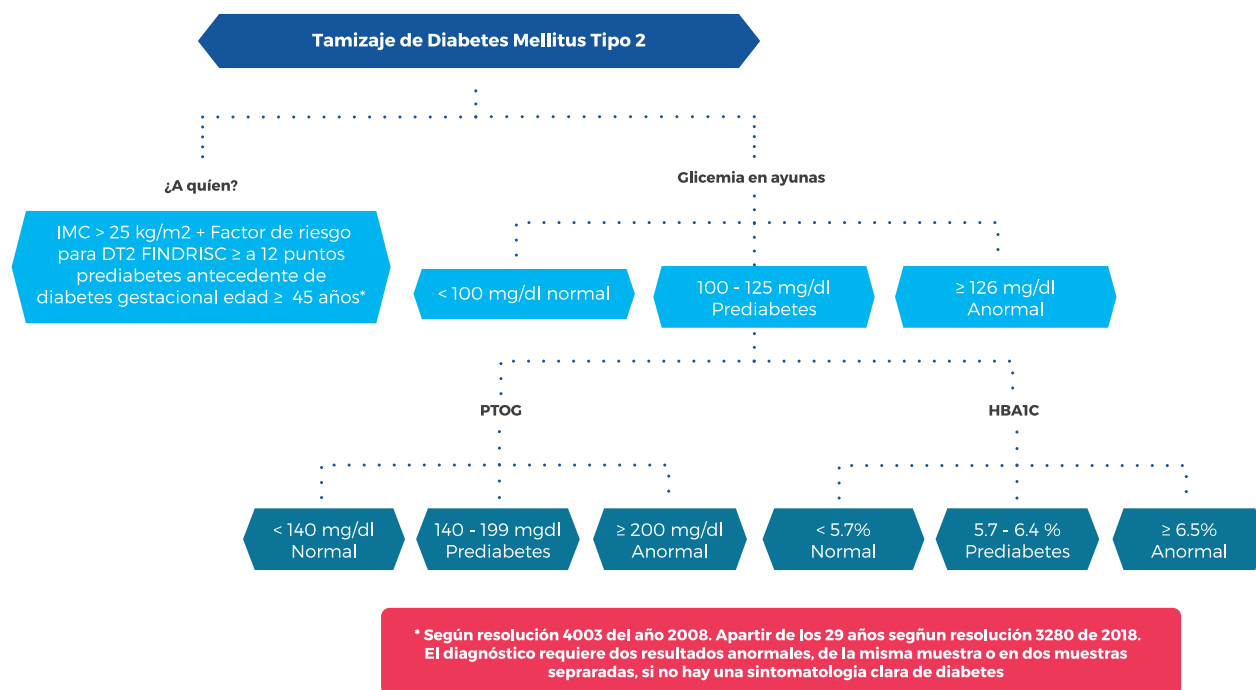


Conclusión frente al consenso para el manejo de la DT2:

Al finalizar la ronda de comentarios los participantes acuerdan que ya se han incluido las sugerencias planteadas en la reunión anterior y se considera alcanzado el consenso para el manejo unificado de la diabetes tipo 2.

3.4 FASE 4. ELABORACIÓN Y CONSENSO DE ALGORITMOS PARA LA UNIFICACIÓN DEL MANEJO CLÍNICO DE LA DT2

Figura 4. Algoritmo Tamizaje y Diagnóstico DT2



Fuente: Consenso con las 4 Subredes del Distrito Capital.

Figura 5. Algoritmo Abordaje terapéutico DT2

**Algoritmo 1. Manejo de la DT2.**

* La dosis de metformina se debe aumentar gradualmente, iniciando con 500 mg QD e ir incrementando las dosis hasta llegar a 100 mg BID.

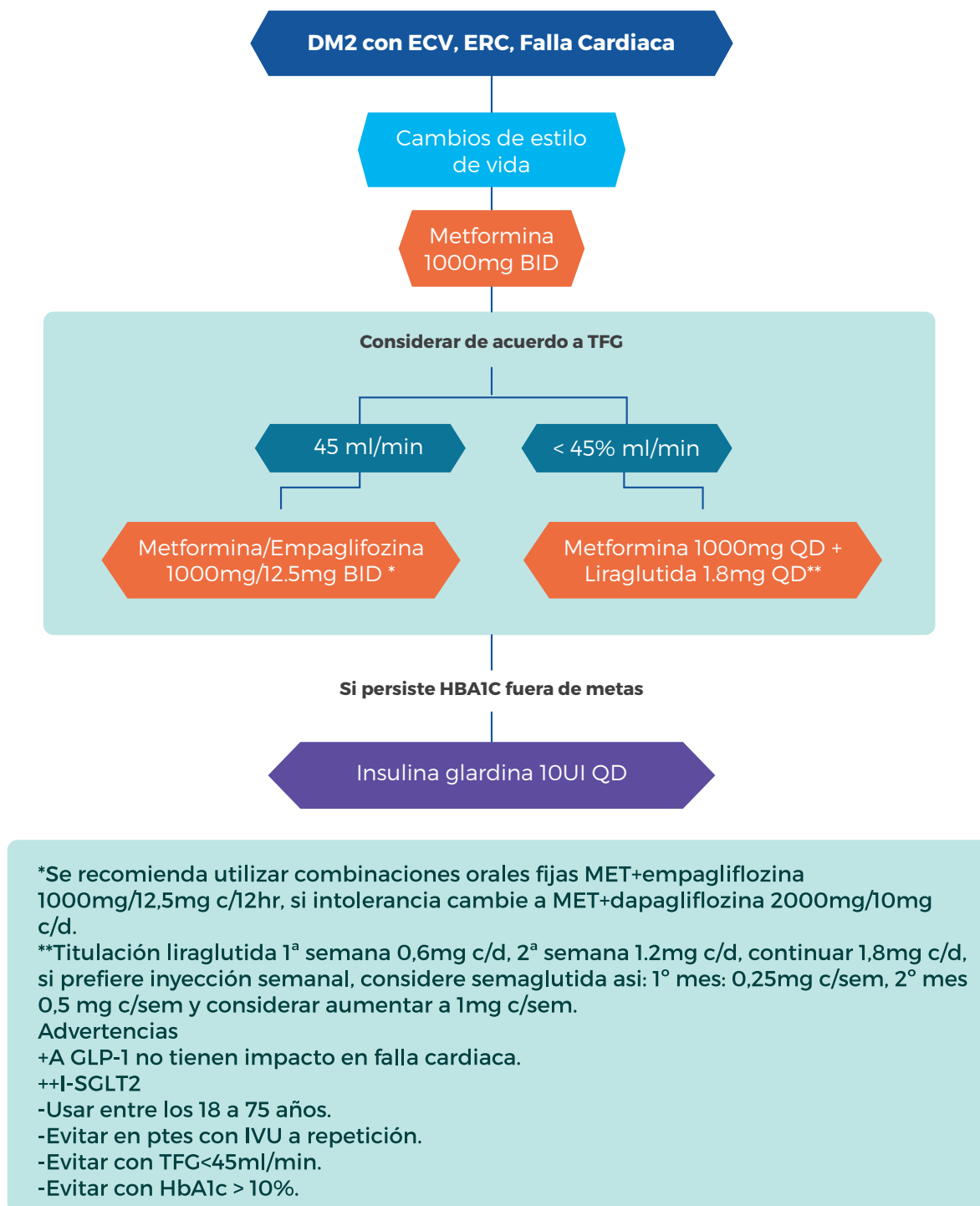
* Si viene tomando metformina y la TFG es < 45 ml/min reducir el 50% de la dosis

* NO inicie metformina si TFG < 45 ml/min

* Suspender metformina si TFG < 30 ml/min

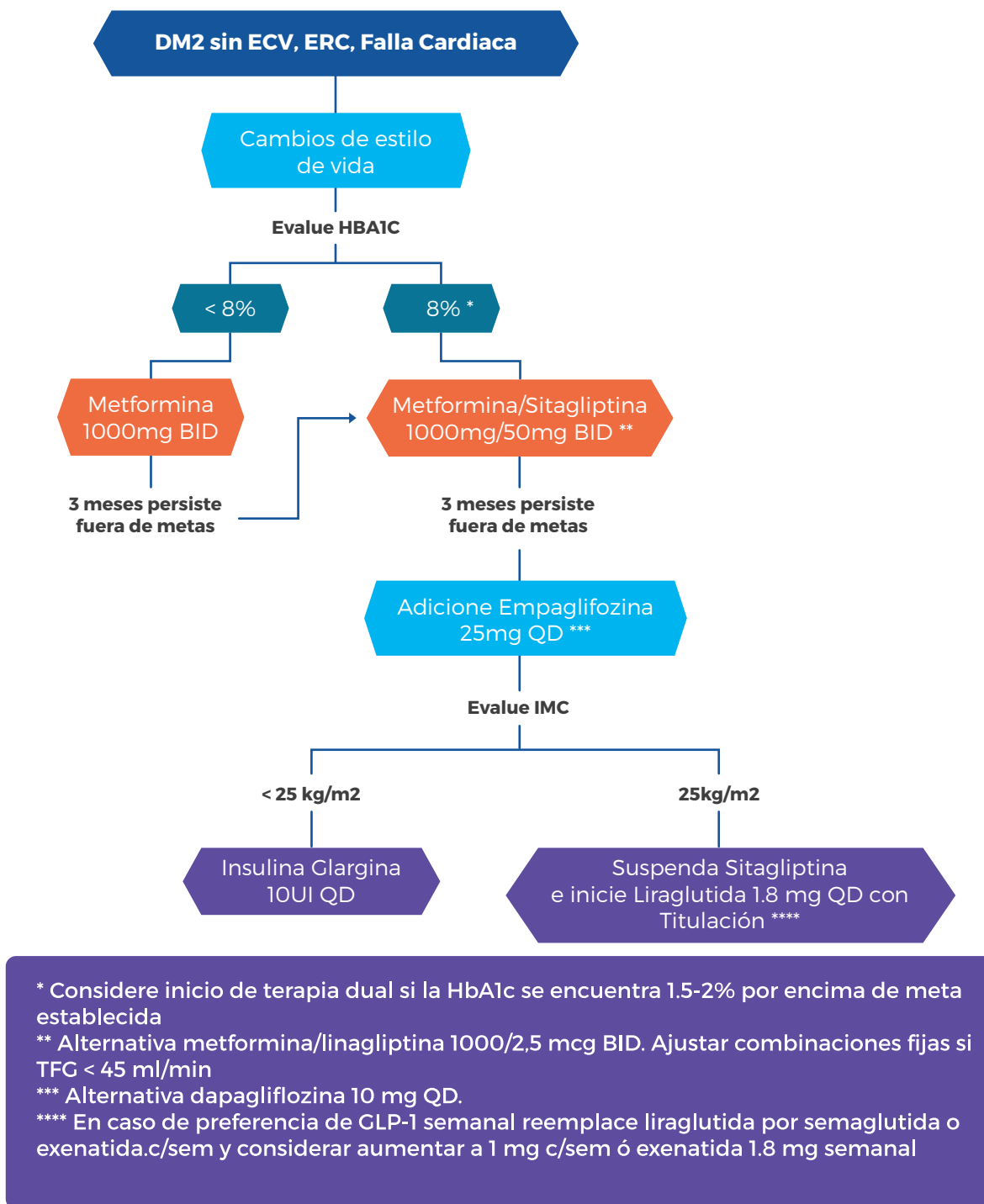
Fuente: Consenso con las 4 Subredes del Distrito Capital.

Figura 6. Manejo de DT2 con ECV establecida, ERC o Falla cardiaca.



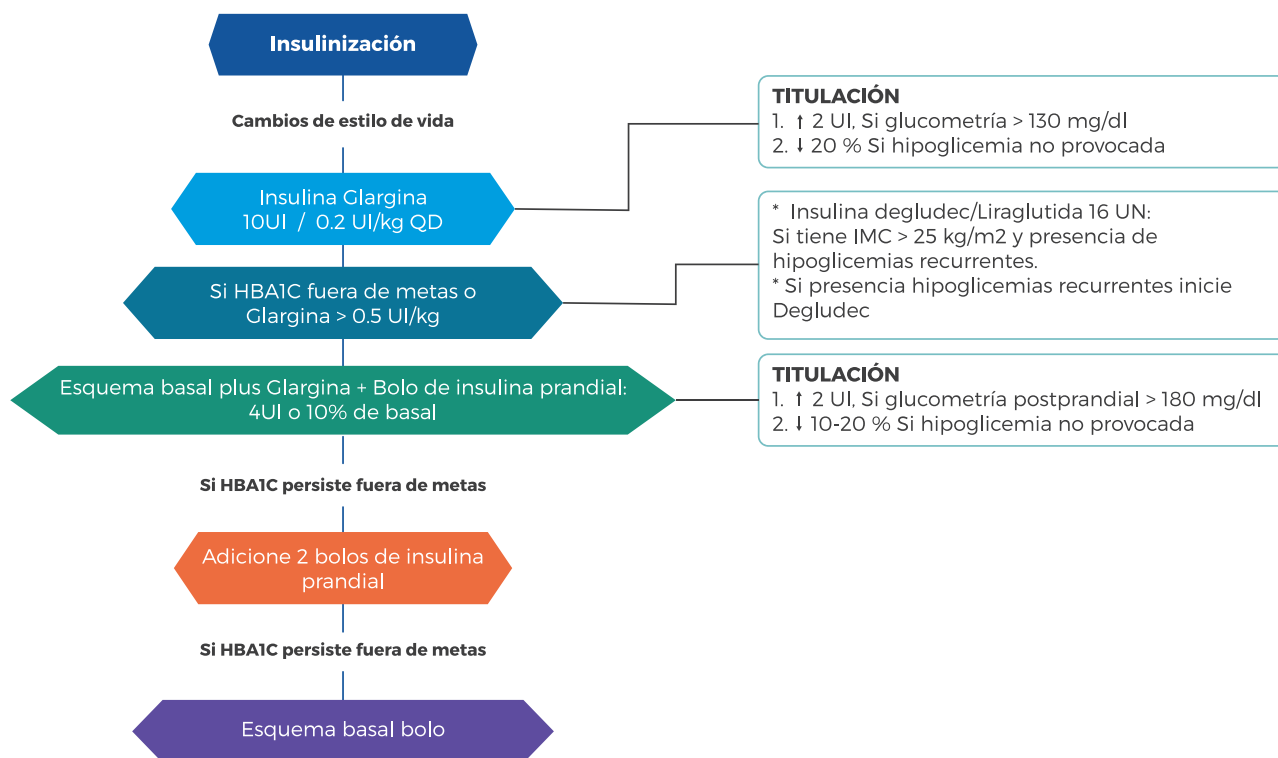
Fuente: Consenso con las 4 Subredes del Distrito Capital.

Figura 7. Algoritmo Manejo de DT2 sin ECV establecida, ERC o Falla cardiaca.



Fuente: Consenso con las 4 Subredes del Distrito Capital.

Figura 8. Algoritmo Insulinización



Fuente: Consenso con las 4 Subredes del Distrito Capital.

Bibliografía

- Acuerdo 641 , Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. (Concejo de Bogotá D.C 06 de abril de 2016).
- Amuedo, & Vargas. (2001). Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA». Rehabilitación (Madr), 35(6), 388-392.
- Asociación Colombiana de endocrinología, d. y. (2014). Estatutos de la Asociación Colombiana de endocrinología, diabetes y metabolismo. Cartagena de Indias.
- Decreto 780, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Minsalud 05 de 2016).
- Martínez, P. V., & Socarrás, E. B. (2013). Aplicación del método Delphi para la definición de funciones del especialista en medicina intensiva y emergencia. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas. La habana,.
- Ministerio de la Protección Social; FONADE; Unión Temporal Econometría S.A-SEI-SEGIL. (2011). Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Esquema metodológico para la identificación de posiciones, intereses y grado de influencia de las partes interesadas en la PNF. Bogotá D.C.
- Minsalud; IETS; Colciencias . (2013). Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial primaria. Bogotá D.C.
- Morse, J. (1994). Asuntos críticos en los métodos de Investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia . doi:958-655-623-9
- Muñoz, J. (2005). , Análisis cualitativo de datos textuales con ALAS.ti 5. Barcelona : Universidad Autónoma de Barcelona .
- OPS; OMS. (2019). Hearts. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Herramienta para la elaboración de un protocolo de consenso para el tratamiento de la hipertensión. Washington, D.C.
- OPS;OMS. (2018). Hearts. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la planeación de atención primaria de salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinarios.
- Resolución 092 , “Por la cual se modifica el Manual Especifico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales de los Empleos que conforman la Planta de Personal de la Veeduría Distrital” (Veeduría Distrital 08 de 05 de 2019).

Resolución 4003 , Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2. (21 de Octubre de 2008).

Sánchez, R., & Jaramillo, L. (2009). Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de los consensos formales. *Rev Col Psiquiat*, 38(4), 777-785.

Souza, C. d., Goncalves, S., & Ramos, E. (2005). Evaluación por triangulación de métodos. 133-154.

Strauss, A., & Corin, J. (2012). Bases de la Investigación Cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia. doi:978-958-655-624-8

Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2001). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Fundación
Universitaria Sanitas

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

