



Metodología de investigación y lectura crítica de estudios

Valoración crítica de la guía de práctica clínica colombiana para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la ideación y/o la conducta suicida (adopción)



Diana Restrepo*, Ana M. Zapata-Barco, Juan A. Escobar, David Mejía-Rodríguez, Daniela Parra-Dunoyer, Oscar Vargas, Luis Miguel Vélez, Iris T. Buriticá, Isabel Vélez, Sebastián Estrada y Diego F. Rojas-Gualdrón

Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2021

Aceptado el 21 de noviembre de 2021

On-line el 22 de enero de 2022

Palabras clave:

Guías de práctica clínica como asunto

Evaluación de la tecnología médica

Barreras de acceso a los servicios de salud

Revisión por pares

Suicidio

R E S U M E N

Introducción: El suicidio es un complejo problema de salud pública global. La guía colombiana de práctica clínica es un insumo relevante para su prevención, diagnóstico y tratamiento. El objetivo es evaluar la calidad metodológica, la credibilidad y la aplicabilidad de la guía de práctica clínica colombiana sobre la conducta suicida.

Métodos: Un grupo académico de 12 evaluadores se estandarizó para la valoración de la guía y sus recomendaciones mediante los instrumentos AGREE-II y AGREE-REX. Las valoraciones se dieron en el intervalo de 0,0-1,0, con 0,7 como punto de corte para apropiada calidad.

Resultados: La valoración global del AGREE-II fue >0,7 en las dimensiones «alcance y objetivo» (0,86), «claridad de la presentación» (0,89), «aplicabilidad» (0,73) e «independencia editorial» (0,89). Los menores puntajes fueron para «participación de los implicados» (0,67) y «rigor en la elaboración» (0,69). Con el AGREE-REX los resultados en todas las dimensiones estuvieron por debajo de 0,70, lo cual indica menores calidad e idoneidad de uso.

Conclusiones: El proceso de adopción de la guía colombiana sobre conducta suicida fue un proceso riguroso en lo metodológico, en tanto que las recomendaciones de práctica se valoraron como de baja aplicabilidad por el escaso sustento en evidencia local. Se requiere fortalecer la generación y la síntesis de evidencia en el país para dar más soporte y aplicabilidad a las recomendaciones de práctica.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drestrepob@ces.edu.co (D. Restrepo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.008>

0034-7450/© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Critical Appraisal of the Colombian Clinical Practice Guide for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Suicidal Ideation and/or Behaviour (Adoption)

A B S T R A C T

Keywords:

Practice guidelines as topic
 Medical technology assessment
 Barriers in access to health services
 Peer review
 Suicide

Introduction: Suicide is a complex, global public health problem. The Colombian clinical practice guideline provides relevant input for its prevention, diagnosis and treatment. The objective was to evaluate the methodological quality, credibility and applicability of the Colombian clinical practice guideline for suicidal behaviour.

Methods: An academic group of 12 evaluators was established to assess the guide and its recommendations in a standardised way, using the AGREE-II and AGREE-REX instruments. The evaluations were given in the range of 0.0-1.0 with 0.7 as a cut-off point for appropriate quality.

Results: The global assessment of the AGREE-II was greater than 0.7 in the dimensions: "scope and objective" (0.86), "clarity of presentation" (0.89), "applicability" (0.73) and "editorial independence" (0.89). The lowest scores were for "participation of those involved" (0.67) and "rigour in preparation" (0.69). With the AGREE-REX, the results in all dimensions were below 0.70, which indicates lower quality and suitability for use.

Conclusions: The adoption process of the Colombian guideline for suicidal behaviour was a rigorous methodological process, while the practice recommendations were valued as of low applicability due to low support in local evidence. It is necessary to strengthen the generation and synthesis of evidence at the national level to give greater support and applicability to the practice recommendations.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El suicidio explica en la actualidad la muerte de 800.000 personas al año, lo cual representa el 1,4% de todas las muertes y un 3-5% de las muertes a edades de 15 a 35 años. Ocurren más muertes por suicidio que por malaria, cáncer de mama, guerras u homicidios. Por cada suicidio consumado, se producen más de 20 intentos de suicidios, por lo cual el suicidio se considera una prioridad de salud pública¹.

La reducción de la mortalidad por suicidio ha sido priorizada por la Organización Mundial de la Salud como una meta global incluida en los objetivos de desarrollo sostenible². Desde 2014, las tasas de suicidio en Colombia han mostrado una tendencia al alza, luego de 12 años de tasas más bajas. En el periodo 2014-2017, las tasas más altas se reportaron en varones mayores de 64 años y en mujeres de 15 a 29 años. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 2018 se registraron 2.696 suicidios (tasa de suicidio, 5,93/100.000 hab.)³.

Las guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones elaboradas sistemáticamente para ayudar a la toma de decisiones entre profesionales de la salud y pacientes respecto a los cuidados en salud en circunstancias clínicas específicas⁴. La calidad de las guías se define como la confianza en que los sesgos potenciales en su desarrollo han sido resueltos de manera adecuada y las recomendaciones tienen validez interna y externa y son aplicables a la práctica⁵.

Una GPC puede ser adoptada (acogida sin realizar ningún tipo de ajuste), adaptada (modificada y adaptada al nuevo contexto, lo que da como resultado una nueva GPC) o creada de novo (a partir de nuevas preguntas). Diferentes aspectos guían

la elección del enfoque de una GPC; la adopción y la adaptación buscan utilizar los recursos limitados de manera más eficiente al aprovechar los esfuerzos existentes y considerar factores que son específicos del contexto, en tanto que el desarrollo de una nueva GPC implica desarrollar nuevas recomendaciones no incluidas en otras guías⁶.

En Colombia se dispone de una GPC sobre conducta suicida que, al ser adoptada, implicó acoger las recomendaciones de otras guías y contar con la autorización del grupo desarrollador. Las normas vigentes en el país establecen que los prestadores de servicios de salud deben asegurar procesos y procedimientos conducentes a garantizar la seguridad del paciente y la gestión del riesgo mediante la adopción de GPC, preferentemente las expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. A la fecha no se ha realizado una evaluación de la GPC independiente del grupo desarrollador que contribuya a contextualizar su calidad metodológica y su aplicabilidad al contexto colombiano y aporte elementos críticos de juicio para sus usuarios. Así las cosas, el objetivo de este estudio es valorar críticamente la GPC sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la ideación y/o la conducta suicida (adopción) de Colombia desde la perspectiva de un grupo de usuarios clínicos y según los lineamientos de la colaboración AGREE⁷.

Métodos

Contexto

Se conformó al inicio del segundo semestre de 2019 el grupo de evaluadores, todos adscritos a la Facultad de Medicina de la

Universidad CES. Se decidió evaluar la GPC colombiana sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la ideación y/o la conducta suicida (adopción), por tratarse de una de las últimas guías incorporadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) y por la importancia del tema abordado desde la perspectiva de la salud pública.

Participantes

Conformaron el grupo revisor de la GPC 4 médicos psiquiatras, 1 neuropsicólogo doctor en Epidemiología y 7 residentes de Psiquiatría de primer y segundo año.

Guía

Esta es la guía n.º 60 del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Colombia. Fue desarrollada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Conformaron el grupo desarrollador de la adopción 5 médicos epidemiólogos y salubristas, 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 economista, 1 profesional en relaciones internacionales y estudios políticos y 1 diseñador gráfico. Se contó con un representante de los pacientes (familiar). La guía entrega 85 recomendaciones clasificadas según el sistema SIGN en A, B, C y D, disponible gratuitamente en internet⁸.

Las recomendaciones fueron evaluadas y ajustadas para la implementación en el contexto colombiano siguiendo las siguientes conductas: adopción sin modificación alguna, no se adopta la recomendación, adopción de la recomendación como punto de buena práctica clínica, adopción de la recomendación como punto para la implementación de la guía o adopción con modificaciones. Estas últimas fueron presentadas en una reunión de consenso formal de expertos a través de la metodología Delphi modificado con una ronda virtual y presencial, esta para las recomendaciones que no alcanzaron el 70% de coincidencia en una valoración del tipo: a) de acuerdo/totalmente de acuerdo, o b) totalmente en desacuerdo/en desacuerdo. Con el fin de contextualizar las recomendaciones a la realidad del país y el sistema nacional de salud, el grupo desarrollador revisó la vigencia de cada recomendación, la disponibilidad de tecnologías, la aprobación de las agencias regulatorias, el entrenamiento del personal de salud y el acceso y la arquitectura del sistema de salud. Además del grupo desarrollador, se identificaron expertos externos en las diferentes modalidades terapéuticas evaluadas (psiquiatras, médicos emergenciólogos, psicólogos, neurólogos, enfermeros).

Estandarización

Dos de los evaluadores tenían experiencia previa con la herramienta AGREE-II (DFRG y DR) y ninguno con AGREE-REX. Antes de iniciar la lectura crítica de la GPC, todos los participantes se estandarizaron frente a la aplicación del AGREE-II con la herramienta disponible en la página oficial del Consorcio My AGREE PLUS (www.agreetrust.org), desarrollada por el equipo de investigación AGREE A3, la cual incluye un tutorial + ejercicio práctico. Se calificó la confiabilidad de estas valoraciones mediante el modelo de Rasch de varias facetas

(0,93). Asimismo, los investigadores alcanzaron un consenso en los casos en que había variabilidad en la evaluación⁹.

Aplicación del instrumento

A lo largo de 5 meses se realizaron reuniones mensuales de 4 h. El número de asistentes varió las primeras 4 reuniones. El objetivo era brindar apoyo a los evaluadores resolviendo las dudas con el investigador con mayor experiencia en el uso de los instrumentos. A partir de la segunda reunión, comenzó el proceso individual de la evaluación metodológica de la GPC con el instrumento AGREE-II, a través de la herramienta My AGREE PLUS (www.agreetrust.org). Una vez finalizada esta etapa, todos los evaluadores asistieron a la quinta sesión, en la cual se socializó el instrumento AGREE-REX y se aplicó a la GPC. Todo el proceso de evaluación se realizó en 5 meses.

Instrumentos aplicados

El Consorcio AGREE desarrolló en 2003 y mejoró en 2010 un instrumento genérico para evaluar el rigor del proceso metodológico y la transparencia en el desarrollo y reporte de guías¹⁰. Aunque cumplir con estrictos requisitos metodológicos es necesario para la evaluación y el reporte de las guías, esto no es suficiente para garantizar que las recomendaciones sean clínicamente creíbles o implementables. Recientemente el Consorcio desarrolló una nueva herramienta (AGREE-REX) para apoyar el desarrollo, la presentación de informes y la evaluación de las recomendaciones de las GPC y para complementar AGREE II¹¹.

AGREE II

El Consorcio AGREE desarrolló el instrumento AGREE⁵ y lo mejoró en AGREE II (2010)^{12,13}. Ambos evalúan la calidad metodológica de las GPC. El AGREE II consta de 23 ítems, organizados en 6 dominios de calidad: alcance y propósito, participación de las partes interesadas, rigor en el desarrollo, claridad de presentación, aplicabilidad e independencia editorial. Incluye además 2 preguntas de evaluación general, en las que el evaluador emite un juicio general de los ítems evaluados. Para aumentar la confiabilidad de la evaluación, los desarrolladores recomiendan que se cuente con al menos 2 evaluadores.

El instrumento AGREE II incluye un manual del usuario. Cada uno de los ítems se califica desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo). La puntuación total del dominio se expresa entre el 0 y el 100%. La evaluación de cada dominio incluye preguntas orientadoras. Con base en el registro de cada revisor individual durante todo el proceso de valoración de la GPC, se agrupan estas respuestas en algunas categorías ordenadas en la sección de resultados bajo la denominación de síntesis narrativa.

AGREE-REX

Es un instrumento confiable y válido para evaluar y optimizar la calidad de las recomendaciones de las GPC definidas como creíbles, implementables y confiables. Los 3 factores que considerar para garantizar que una recomendación sea de alta

calidad son: a) la credibilidad de las recomendaciones basadas en la evidencia disponible sumada a la idoneidad de su aplicación a la población objetivo; b) la implementabilidad en el contexto objetivo de las recomendaciones, y c) la consideración de los valores de todos los autores en su formulación.

Este instrumento consiste en 9 ítems divididos en 3 dominios teóricos. El primero es la aplicabilidad clínica que contiene los ítems de evidencia, aplicabilidad a los usuarios objetivo y aplicabilidad a los pacientes/poblaciones. El segundo dominio es de valores y preferencias y tiene como ítems valores y preferencias de los usuarios objetivo, pacientes/poblaciones, responsables de la toma de decisiones/políticas y de los desarrolladores de directrices. El último dominio es la implementabilidad, con los ítems de propósito y solicitud local y adopción. Cada uno de los ítems tiene una lista de criterios específicos que caracterizan el concepto. Cada ítem se valora en 2 escalas: calidad (desde 1, menor calidad, hasta 7, mayor calidad) e idoneidad de uso (desde 1, muy en desacuerdo, hasta 7, muy de acuerdo). De modo similar que el AGREE-II, la puntuación total del dominio se expresa entre el 0 y el 100%.

Sesgo entre evaluadores

Una de las potenciales dificultades que enfrenta la valoración crítica de una GPC es la discordancia entre las valoraciones de los evaluadores. Buscando resolver este asunto, se empleó la medida de múltiples facetas Rasch¹⁴, la cual permite evaluar los sesgos en que los evaluadores pudieron incurrir (rigor, indulgencia, grado de coincidencia). Se encontró que todos los evaluadores fueron sistemáticos en sus valoraciones; no se detectaron inconcordancias inadmisibles ($outfit = 1,64$), hubo apropiada correlación entre los evaluadores y no se detectó rigor o indulgencia inadmisibles ($< \pm 1$ logit), por lo que los evaluadores mostraron un alto grado de concordancia y confiabilidad en sus valoraciones. Tanto para el AGREE-II como para el AGREE-REX, las valoraciones fueron revisadas y consensuadas en reuniones periódicas de control de lectura crítica.

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó en Microsoft Excel® para Mac, v. 16.31, siguiendo los lineamientos de los manuales de la colaboración AGREE. Tanto para el AGREE-II como para el AGREE-REX, los resultados en cada dominio se consideraron de alta calidad con calificaciones $> 70\%$ y de baja calidad las $< 30\%$; los valores intermedios se consideraron de calidad moderada.

Las puntuaciones en los ítems se presentan en las figuras de resultados junto con los dominios, con el propósito de contextualizar los motivos de que en algunos casos no se lograra el corte del 70%. Para hacer comparable esta presentación, los resultados de los ítems originalmente en escala de 1 a 7 se reexpresaron en su equivalente porcentual adaptando la fórmula empleada para calcular el valor por dominio $\frac{puntuación-1}{(7-1)}$ de forma tal que se dan las equivalencias 1 = 0%, 2 = 17%, 3 = 33%, 4 = 50%, 5 = 67%, 6 = 83% y 7 = 100%.

Para el análisis del sesgo entre evaluadores, se empleó el software Many-Facets Rasch Measurement (MFRM) para análisis de Rasch (versión Facets 3.83.6), de uso gratuito.

Consideraciones éticas

Esta investigación se clasifica sin riesgo según la reglamentación colombiana.

Resultados

En la valoración global de la GPC mediante el instrumento AGREE-II (fig. 1), se obtuvieron valoraciones $> 0,7$ en las dimensiones «alcance y objetivo» (0,86), «claridad de la presentación» (0,89), «aplicabilidad» (0,73) e «independencia editorial» (0,89). Las dimensiones que no lograron esta valoración fueron «participación de los implicados» (0,67) y «rigor en la elaboración» (0,69). En el análisis de los ítems que componen estas 2 dimensiones, se identifica que las valoraciones desfavorables se circunscriben a los ítems «perspectiva de la población» (0,22) en el dominio de participación y los ítems «fortalezas y limitaciones» (0,46), «beneficios, efectos secundarios y riesgos» (0,37) y «revisión por expertos externos» (0,33). Respecto a la valoración global con el AGREE-II, 7 lectores concluyeron que la recomendarían con modificaciones y 2, que la recomendarían en su estado actual.

En la valoración específica de las recomendaciones mediante el AGREE-REX, los resultados en todas las dimensiones fueron $< 0,70$ tanto en calidad como en idoneidad de uso (fig. 2). En la valoración cualitativa se estableció que gran parte de estas valoraciones se debe a la falta de evidencia local, lo cual afecta a su aplicabilidad. En la valoración global con el AGREE-REX, a la pregunta «¿recomendaría la guía para su uso en el contexto apropiado?», los lectores respondieron sí por consenso. No obstante, a la pregunta «¿recomendaría la guía para su uso en mi contexto?», los lectores respondieron que sí con modificaciones.

Síntesis narrativa de las observaciones de los revisores

Los siguientes aspectos obtuvieron una valoración positiva del grupo evaluador: presentar el suicidio como un problema grave, real y prioritario; promover la atención al paciente desde el respeto y la empatía; la claridad al explicar las características de un ambiente hospitalario seguro; potenciar la red de apoyo del paciente, y promover el uso del instrumento SAD-PERSONS para cribar el riesgo suicida.

Los siguientes aspectos se consideraron con posibilidad de mejora: la falta de contexto de algunas recomendaciones; la atención centrada en el psiquiatra; la falta de especificidad de algunas recomendaciones; querer abarcar tantos aspectos diferentes, no considerar las perspectivas, las preferencias o los resultados desde la perspectiva de los pacientes (tabla 1).

Discusión

El comportamiento suicida persiste como un importante problema de salud pública en el mundo. Numerosos países y



Figura 1 – Valoración por ítems y dominios del AGREE-II. Las barras rojas indican los dominios del AGREE-II y las azules, los ítems de cada dominio.

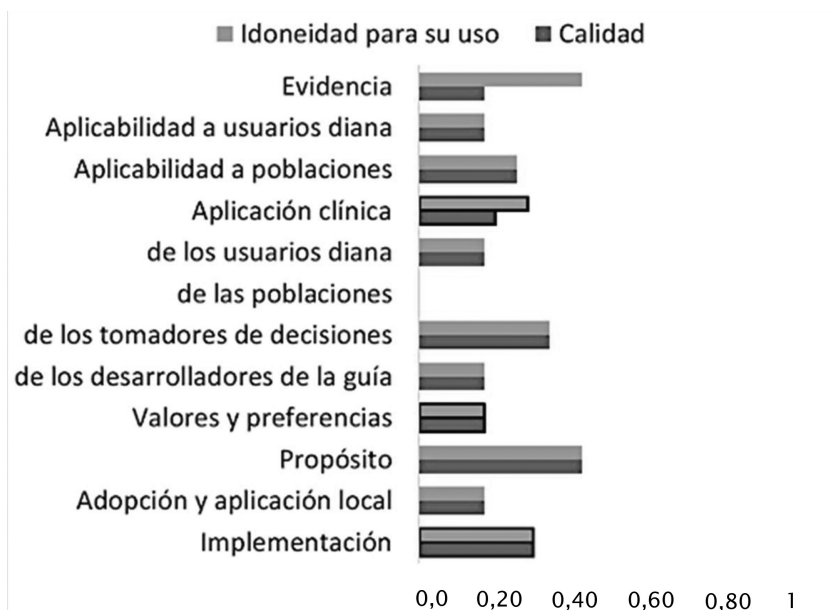


Figura 2 – Valoración por ítems y dominios del AGREE-REX. Las barras en negrita son los dominios del AGREE-REX.

asociaciones médicas y psicológicas han desarrollado GPC con el objetivo de alertar y prevenir las muertes por suicidio¹⁵⁻¹⁹.

Este estudio ha valorado críticamente la GPC colombiana sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la ideación y/o la conducta suicida mediante los instrumentos

AGREE y el AGREE-REX, que se enfocan en el rigor metodológico en el proceso de adopción de la guía y la calidad de las recomendaciones^{20,21}. Sin embargo, los beneficios potenciales de las guías dependen en gran medida de su calidad, de modo que los métodos y las estrategias de desarrollo riguro-

Tabla 1 – Comentarios de los lectores a partir de las recomendaciones de la GPC de suicidio según apartado temático

| Apartado | Recomendación | | Comentario de los lectores |
|---|-----------------|----------------|--|
| Factores de riesgo y evaluación del riesgo suicida | R1-14 | R14 | Atención centrada en el psiquiatra |
| Evaluación y tratamiento de la ideación suicida en atención primaria | R15-26 | R19 | Atención centrada en el psiquiatra |
| Evaluación y tratamiento del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias | R27-30 | R21 | Falta de especificidad |
| | | R28 | Falta de especificidad |
| | | R29 R30 | Falta de especificidad Atención centrada en el psiquiatra |
| Componentes clave de una evaluación psiquiátrica psicosocial | R31-34 | R33 | Falta de especificidad |
| Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (salud mental) | R35-39 | R38 | Fuera de contexto |
| Intervenciones psicoterapéuticas Tratamiento farmacológico | R40 R41-44.1 | R39 | Falta de especificidad |
| | | R40 | Falta de especificidad |
| | | R41 R42-R45 | Falta de especificidad Falta de contexto y de especificidad |
| Sedación | R45-46 | R45 | Falta especificidad |
| Planificación del alta del paciente | R48-51 | R48 | Falta de contexto y atención centrada en el psiquiatra |
| | | R50 | Fuera de contexto |
| Programas generales de prevención de la conducta suicida/restricción de acceso a medios | R52-58 | R52-54, R55 | Fuera de contexto |
| Programas formativos de prevención de la conducta suicida | R59-60 | R59 | Falta especificidad |
| Cribado de riesgo de suicidio | R61-65 | R61-62 | Falta especificidad |
| Conducta suicida en niños y adolescentes | R66-71 | R66 | Fuera de contexto |
| | | R70 | Falta especificidad |
| | | R74 | Falta claridad |
| Evaluación y tratamiento de personas con riesgo suicida crónico o continuo | R74-77 | R74 | Falta claridad |
| Prevención de conducta suicida en grupos de riesgo | R78-79.1 | R78-79.1 | Fuera de contexto, falta de especificidad |
| Intervenciones en familiares, allegados y profesionales | R80-84 | R80-84 | Fuera de contexto |

sas son factores importantes para la implementación de las recomendaciones de las GPC²²⁻²⁴.

No todas las GPC logran la calidad requerida para alcanzar los objetivos informados^{25,26}. Algunos estudios han reportado que las puntuaciones altas en el AGREE II no garantizan que las recomendaciones de la GPC sean óptimas^{27,28}. Nuckols et al.²⁸ evaluaron la «comprensión percibida» (relevancia percibida para situaciones clínicas comunes) y la «validez percibida» (coherencia con su comprensión de la evidencia y las opiniones existentes), de 5 GPC del aparato locomotor. Los puntajes del AGREE II fueron de alta calidad, por ejemplo, en el dominio de rigor metodológico (> 80), lo que indica una alta calidad técnica. Sin embargo 4 evaluadores encontraron que solo 4 guías eran moderadamente completas y válidas y la quinta guía no era válida en general. De los temas cubiertos por cada directriz, encontraron que un 50-69% estaban «completas» y un 6-50% eran válidas. Los evaluadores reportaron que las GPC omitieron situaciones clínicas comunes y dudaron de la validez de las recomendaciones. Esto muestra alguna similitud con nuestros hallazgos de mejores puntajes en el AGREE II que en el AGREE-REX y plantea la posibilidad de que los desarrolladores de las guías y sus usuarios tengan percepciones diferentes sobre lo que la GPC debe ofrecer.

Cuando los desarrolladores o adaptadores de GPC eligen una recomendación con base únicamente en los puntajes de

calidad de AGREE II, puede ocurrir que el usuario final de la GPC la considere fuera de contexto, como ocurrió en nuestro caso. Cuando una GPC no considera las preferencias y los valores de los pacientes, las familias y quienes financian el sistema de salud, como en este caso, pueden potenciarse las barreras a su implementación, especialmente en un tema controvertido como el suicidio, que genera estigma en todos los niveles de la sociedad y, por supuesto, en el sistema de salud²².

El instrumento AGREE-REX, pese a ser un instrumento de reciente publicación, se ha empleado en la valoración de otras guías²⁹⁻³⁵: la GPC para melanoma uveal²⁹; la GPC para acalasia³⁰, que incluyó guías elaboradas de acuerdo con las directrices de AGREE-REX; una revisión sistemática de GPC en lesiones por presión (úlceras por presión)³¹, que evaluó la calidad y la aplicabilidad de las recomendaciones de 12 GPC y 14 documentos relacionados; una revisión sistemática y síntesis de GPC para guiar el cuidado intensivo de pacientes que requieren ventilación mecánica en periodos de alta demanda durante la pandemia por COVID-19³², que incluyó 9 guías seleccionadas con AGREE II y AGREE-REX; una revisión de la calidad metodológica de 19 guías dietéticas³³ que, según los autores, no cumplían el umbral metodológico mínimo ($\geq 50\%$ en los 6 dominios del AGREE-II), por lo cual no utilizaron el AGREE-REX; una evaluación crítica de las guías basadas en evidencia y consenso para la queratosis actínica³⁴, que incluyó

3 guías, y una evaluación de GPC sobre la movilización temprana después de un accidente cerebrovascular³⁵, que incluyó 18 GPC. El 47% de los evaluadores encontraron que las guías eran «demasiado amplias o vagas», lo cual les resta especificidad y aplicabilidad clínica. En algunos de estos estudios^{29,31,34} los autores reportaron puntajes más altos para los dominios del AGREE II que para los del AGREE-REX, lo cual coincide con nuestros hallazgos.

Se identificaron nuevas GPC relacionadas con suicidio publicadas después que la colombiana. La primera se centra en el riesgo suicida en veteranos de Estados Unidos³⁶ y la segunda es una GPC sobre la respuesta en crisis relacionadas con suicidio en el servicio de urgencias y situaciones agudas y el posterior cuidado³⁷, que contó con un panel desarrollador de 89 miembros: 50 usuarios con experiencias de vida relacionadas con el suicidio y 39 profesionales. Además, se encontró un Consenso de la Sociedad Internacional de ensayos clínicos y metodología del sistema nervioso central³⁸, enfocado en la evaluación de la ideación y el comportamiento suicida y liderado por las farmacéuticas Pfizer y Janssen.

Limitaciones

Este estudio tiene las siguientes limitaciones: a) por tratarse de un grupo de evaluadores pertenecientes a una misma institución universitaria, las opiniones y valoraciones de la GPC son el resultado de su contexto de estudio y sus prácticas clínicas, lo que les resta generalización; b) no se contó con profesionales de otras áreas diferentes de la medicina para enriquecer la perspectiva y la valoración de la GPC, y c) en esta misma línea, no se contó con la participación de pacientes y familiares para enriquecer la valoración crítica.

Los autores, a partir de esta investigación, recomendamos en los futuros procesos de actualización de las GPC colombianas emplear conjuntamente AGREE II y AGREE-REX, lo cual proporcionaría información sobre la calidad tanto metodológica como de las recomendaciones y resolvería en parte los desafíos de pasar directamente a compromisos de implementación costosos y complejos con GPC que pueden carecer de rigor y adecuación al entorno en el que se van a aplicar.

Conclusiones

La GPC adoptada para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la ideación y/o la conducta suicida, pese a incluir métodos de alta calidad, obtuvo una valoración desfavorable de las recomendaciones. Esto se explica por el contexto de aplicabilidad de la evidencia producida en otros países y regiones. Por último, consideramos la necesidad de fortalecer la generación y síntesis de evidencia en el país para dar mayor soporte y aplicabilidad a las recomendaciones de práctica clínica.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
3. Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio Colombia, año 2018. *Forensis*. 2018;267-94.
4. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999;318:527-30.
5. AGREE., Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:18-23.
6. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations. *JCE*. 2017;81:101-10.
7. *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*. Disponible en: www.agreetrust.org.
8. Guía de Práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC.CSuicida/gpc_home_micrositio.aspx. Consultado 10 Feb 2021.
9. AGREE II Training Tools. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/agree-ii-training-tools/>. Consultado 29 Ene 2021.
10. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:1308-10.
11. AGREE-REX Research Team. *The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation-Recommendation Excellence (AGREE-REX)*. Electronic version. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-rex-recommendation-excellence/>. Consultado 22 Jul 2020.
12. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010;182:E839-42.
13. Brouwers MC, Kho ME, Browman GO, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. The global rating scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:526-53.
14. Linacre JM. *Many-facet Rasch measurement*. Chicago: Mesa Press. 1994. Disponible en: <https://www.winsteps.com/a/Linacre-MFRM-book.pdf>. Consultado 7 Sep 2021.
15. National Institute for Health and Care Excellence. *Suicide prevention*. 2019. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/qs189. Consultado 10 Feb 2021.
16. *National suicide prevention implementation strategy 2020-2025: working together to save lives*. Consultation document to inform the drafting of the strategy. Developed by the National Suicide Prevention Project Reference Group, April 2019. Australia. Disponible en: <https://www2.health.vic.gov.au/suicide-prevention-strategy>. Consultado 10 Feb 2021.

17. National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018.
18. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2011;27:129-41.
19. Jacobs DG, Baldessaini RJ, Conwell Y, et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association Steering Committee on Practice guidelines. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf. Consultado 10 Feb 2021.
20. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139:493-8.
21. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P. Board of trustees of the guidelines international network Guideline international network; toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012;156:525-31.
22. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet*. 2000;355:103-6.
23. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al., AGREE Next Steps Consortium. Development of the AGREE II part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *CMAJ*. 2010;182:E472-8.
24. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al., AGREE next steps consortium. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *CMAJ*. 2010;182:1045-52.
25. Armstrong JJ, Goldfarb AM, Instrum RS, MacDermid JC. Improvement but still necessary in clinical practice guideline quality: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:13-21.
26. Alonso Coello P, Irfan A, Solá I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:e58.
27. Vlayen J, Aertgeerts B, Hannes K, Sermeus W, Ramaekers D. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit. *Int J Qual Health Care*. 2005;17:235-42.
28. Nuckols TK, Lim YW, Wynn BO, Mattke S, MacLean CH, Harber P, et al. Rigorous development does not ensure that guidelines are acceptable to a panel of knowledgeable providers. *J Gen Intern Med*. 2008;23:37-44.
29. Steeb T, Hayani KM, Föster P, Liegl R, Toussaint F, Schlaak M, et al. Guidelines for uveal melanoma: a critical appraisal of systematically identified guidelines using the AGREE II and AGREE-REX instrument. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2020;146:1079-88.
30. Zaninotto G, Bennett C, Boeckxstaens G, Costantini M, Ferguson MK, Pandolfino JE, et al. The 2018 ISDE achalasia guidelines. *Dis Esophagus*. 2018;31:1-29.
31. Gillespie BM, Latimer S, Walker RM, McInnes E, Moore Z, Eskes AM, et al. The quality and clinical applicability of recommendations in pressure injury guidelines: A systematic review of clinical practice guidelines. *Int J Nurs Stud*. 2021;115:103857, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103857>.
32. Tyrrell CSB, Mytton OT, Gentry SV, Thomas-Meyer M, Allen JLY, Narula AA, et al. Managing intensive care admissions when there are not enough beds during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Thorax*. 2021;76:302-12, <http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215518>.
33. Rabassa M, Hernández-Ponce Y, Garcia-Ribera S, Johnston BC, Salvador Castell G, Manera M, et al. Food-based dietary guidelines in Spain: an assessment of their methodological quality. *Eur J Clin Nutr*. 2021;19, <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-021-00972-9>.
34. Wessely A, Steeb T, Heppt F, Hornung A, Kaufmann MD, Koch EAT, et al. A critical appraisal of evidence and consensus-based guidelines for actinic keratosis. *Curr Oncol*. 2021;28:950-60.
35. Rethnam V, Hayward KS, Bernhardt J, Churilov L. Early mobilization after stroke: do clinical practice guidelines support clinicians' decision-making. *Front Neurol*. 2021;12:606525, <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2021.606525>.
36. Sall J, Brenner L, Millikan AM, Colston MJ. Assessment and management of patients at risk for suicide: synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med*. 2019;171:343-55.
37. Hill NTM, Shand F, Torok M, Halliday L, Reavley NJ. Development of best practice guidelines for suicide-related crisis response and aftercare in the emergency department of other acute stings: a Delphi expert consensus study. *BMC Psychiatry*. 2019;196, <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1995-1>.
38. Chappell PB, Stewart M, Alphs L, DiCesare F, DuBrava S, Harkavy-Friedman J, et al. Assessment of suicidal ideation and behavior: Report of the International Society for CNS clinical trials and methodology consensus meeting. *J Clin Psychiatry*. 2017;78:e638-47.