



ARTÍCULO ESPECIAL

Cómo elaborar y evaluar documentos de consenso: métodos y listas de comprobación



María Aparicio Rodrigo^{a,b,*}, Paz González Rodríguez^{c,d}, Nieves Balado Insunza^e, Garazi Fraile Astorga^f, Pilar Aizpurua Galdeano^g, Carlos Ochoa Sangrador^h y Comité de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia[◇]

^a Centro de Salud Entrevías, Madrid, España

^b Universidad Complutense de Madrid (UCM), Facultad de Medicina, Madrid, España

^c Centro de Salud Barrio del Pilar, Madrid, España

^d Coordinación del Comité/Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia

^e Hospital Álvaro Cunqueiro e Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), Vigo, Pontevedra, España

^f Centro de Salud Cuéllar, Segovia, España

^g Pediatra de Atención Primaria, San Sebastián, España

^h Hospital Virgen de la Concha, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

Recibido el 1 de abril de 2025; aceptado el 25 de abril de 2025

Disponible en Internet el 28 de mayo de 2025

PALABRAS CLAVE

Consenso;
Lista de verificación;
Técnica Delphi;
Conferencia de
consenso;
Manuales y guías para
la gestión de la
investigación;
Medicina basada en la
evidencia;
Investigación
biomédica

Resumen La medicina basada en la evidencia busca la aplicación rigurosa de la mejor evidencia científica para la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, cuando la evidencia es insuficiente o inconsistente, los documentos de consenso permiten guiar la práctica clínica y reducir la variabilidad en la atención sanitaria. Estos documentos, elaborados por expertos, requieren un enfoque estructurado para garantizar su validez y aplicabilidad. Un documento de consenso es un informe elaborado por expertos que sigue un proceso formalizado para responder a una pregunta clínica específica. La metodología utilizada debe ser rigurosa para minimizar sesgos, como la influencia de expertos dominantes o la falta de representatividad del panel consultado. Los métodos formales de consenso más utilizados son: la técnica Delphi, el grupo nominal, el método RAND/UCLA, las conferencias de consenso y otros menos estructurados como las reuniones de consenso y los grupos focales. Para garantizar la calidad de un documento de consenso, es fundamental la utilización de estándares como la guía ACCORD. Esta guía proporciona criterios para su redacción, asegurando la inclusión de información detallada sobre los materiales, recursos (tanto humanos como financieros) y procedimientos utilizados durante el proceso de consenso. La lectura crítica de estos documentos debe considerar factores como la representatividad del panel, la claridad de los criterios de consenso y la existencia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marapa04@ucm.es (M. Aparicio Rodrigo).

◇ El resto de los miembros del Comité de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia se presentan en el [anexo](#).

de posibles conflictos de interés. En este sentido, herramientas de evaluación crítica, como las propuestas por el Instituto Joanna Briggs, facilitan la identificación de sesgos y la evaluación de la validez de las recomendaciones.

© 2025 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Consensus;
Checklist;
Delphi technique;
Consensus
development
conference;
Manuals and
guidelines for
research
management;
Evidence-based
medicine;
Biomedical research

How to develop and evaluate consensus documents: Methods and checklists

Abstract Evidence-based medicine seeks the rigorous application of the best available scientific evidence to clinical decision-making. However, when the evidence is insufficient or inconsistent, consensus documents can guide clinical practice and reduce variability of care. These documents, developed by experts, require a structured approach to ensure their validity and applicability. A consensus document is a report produced by experts following a formalized process to answer a specific clinical question. The methodology used must be rigorous to minimize biases, such as dominance of certain experts or the panel not being representative. The most widely used formal consensus methods are the Delphi technique, the nominal group technique, the RAND/UCLA method, consensus conferences and other, less structured methods such as consensus meetings and focus groups. To ensure the quality of a consensus document, the use of standards such as the ACCORD guideline is essential. This guideline provides drafting criteria, ensuring the inclusion of detailed information regarding the materials, resources (both human and financial) and procedures used during the consensus process. The critical reading of these documents should take into account factors such as the representativeness of the panel, the clarity of the consensus criteria and potential conflicts of interest. In this sense, critical appraisal tools, such as those proposed by the Joanna Briggs Institute, facilitate the identification of biases and the evaluation of the validity of recommendations.

© 2025 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La medicina basada en la evidencia combina la mejor evidencia disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes¹. Sin embargo, en algunas ocasiones, la evidencia disponible es insuficiente o de baja calidad. En estos casos, el consenso de expertos se convierte en una herramienta útil para ofrecer respuestas unificadas y reducir la variabilidad en la práctica clínica.

Un documento de consenso es un informe elaborado por un grupo de expertos que debe seguir un proceso riguroso mediante la aplicación de un método de consenso formal y estandarizado para responder a una pregunta clínica². En ocasiones se realizan consensos informales, pero es más frecuente que sus decisiones presenten inconvenientes, como la posibilidad de que ciertos expertos dominen la discusión y la toma de decisiones, la influencia de presiones externas o la adopción de decisiones extremas por parte de expertos con opiniones muy firmes. En la [tabla 1](#) se presentan situaciones en el ámbito de la salud en las que se utiliza el consenso de expertos.

La elaboración de un documento de consenso implica la selección de un tema con ausencia de evidencia actual o existencia de una controversia que requiera clarificación (pregunta clínica). Se debería realizar una revisión exhaustiva de la evidencia científica previa al inicio del ejercicio de consenso (puede haber consenso con evidencia o sin ella

si es que no hay, pero siempre hay que hacer una revisión de la misma), definir el método de consenso a seguir y formar un grupo de expertos. Finalmente, se deben redactar las conclusiones/recomendaciones y preparar la publicación, asegurando la transparencia y el rigor³⁻⁶.

El consenso de expertos presenta ciertas limitaciones. Puede dar lugar a lo que se conoce como «ignorancia colectiva», es decir, acuerdos que, aunque representativos del grupo, carecen de una base científica sólida. Además, no siempre es capaz de resolver desacuerdos profundos, especialmente cuando existen opiniones divergentes entre los expertos. Por lo tanto, el consenso debe considerarse como un complemento de la mejor evidencia disponible, y no como un sustituto de esta⁷.

Métodos formales para llegar a un consenso

Los métodos más habituales en el abordaje de temas sociosanitarios son: Delphi, grupo nominal, RAND/UCLA, conferencias de consenso, reuniones de consenso y grupos focales ([tabla 2](#)). La decisión de utilizar uno y otro depende del tipo de pregunta, el tiempo disponible o las dificultades técnicas o de disponibilidad.

El método Delphi^{4,8} es el método más estructurado y utilizado. Como desventaja: requiere más tiempo. La comunicación se establece mediante correos (es anónimo), puede implicar a más profesionales sin barreras geográficas, pero

Tabla 1 Usos de los ejercicios de consenso en el ámbito de la salud

Área de aplicación	Ejemplo de uso
Intervenciones nuevas con evidencia incipiente o inconsistente	Asesoramiento rápido sobre un nuevo tratamiento
Preguntas sin respuesta en guías clínicas	Respuesta a preguntas sin suficiente evidencia en guías de práctica clínica
Políticas sanitarias	Asignación de recursos en sistemas de salud
Decisiones costo-efectivas	Priorización de intervenciones con efectividad clínica comprobada

Tabla 2 Métodos de consenso formales más usados en temas relacionados con la salud

Método	Características
Técnica Delphi	Anonimato Múltiples rondas de votación Retroalimentación tras cada ronda de votación
Grupo nominal	Grupo presencial interactivo que incluye 4 fases: -Generación de ideas -Exposición de las ideas en una ronda de puesta en común estructurada (<i>round robin</i>) -Clarificación de ideas mediante discusión -Votación y calificación de las ideas
RAND/UCLA	Método que combina la mejor evidencia científica disponible con el juicio colectivo de expertos. Incluye los siguientes pasos: -Revisión de la literatura -Desarrollo del acuerdo -Calificación de los acuerdos por parte de los expertos
Conferencias de consenso	Método consistente en: -Síntesis de las mejores evidencias previas a la conferencia -Presentación de las evidencias por parte de expertos en el tema a un panel representativo de diversos aspectos de la vida profesional y comunitaria - Tras la presentación, el panel formula sus recomendaciones basándose en la evidencia científica presentada
Reuniones de consenso	Reuniones sencillas en las que se debate para llegar a acuerdos, incluyendo votaciones, que pueden ser o no estructuradas
Grupos focales ⁶	Grupos organizados para recopilar opiniones, percepciones o experiencias sobre un tema, producto o servicio -Guiados por un moderador -Pueden enfocarse tanto en la generación de ideas como en la búsqueda de consenso

Adaptado de Logullo et al.⁶.

también perder a más participantes en el proceso⁹ (fig. 1) y no existe interacción directa de los participantes durante el mismo. Hay un grupo organizador que selecciona un panel de expertos (preservando el anonimato), intentando abarcar todas las diversidades profesionales, socioeconómicas y geográficas. No hay acuerdo sobre el número de expertos más adecuado, pero suelen participar entre 20 y 30. Dentro del panel de expertos no se incluye el grupo organizador. Este grupo puede realizar una revisión sistemática previa sobre el tema objeto del consenso, elaborando una lista preliminar de preguntas (Delphi modificado)⁸, o simplemente recoger la opinión de los expertos mediante una o varias pre-

guntas abiertas sobre el tema a tratar (Delphi tradicional). Los resultados de esta fase se resumen y se transforman en un cuestionario. Este cuestionario se envía a los expertos con la información pertinente y se solicita que evalúen los ítems incluidos y hagan comentarios a las preguntas. Cada pregunta puede tener entre 3 y 9 opciones de respuesta en una escala de Likert. Se manda la misma encuesta en una segunda ronda, informando esta vez de las respuestas de los compañeros y añadiendo los comentarios libres de más interés. Se seleccionan los ítems que han recibido una puntuación más alta (por acuerdo) de al menos el 80% de los participantes en las dos ocasiones. Los ítems sin votación

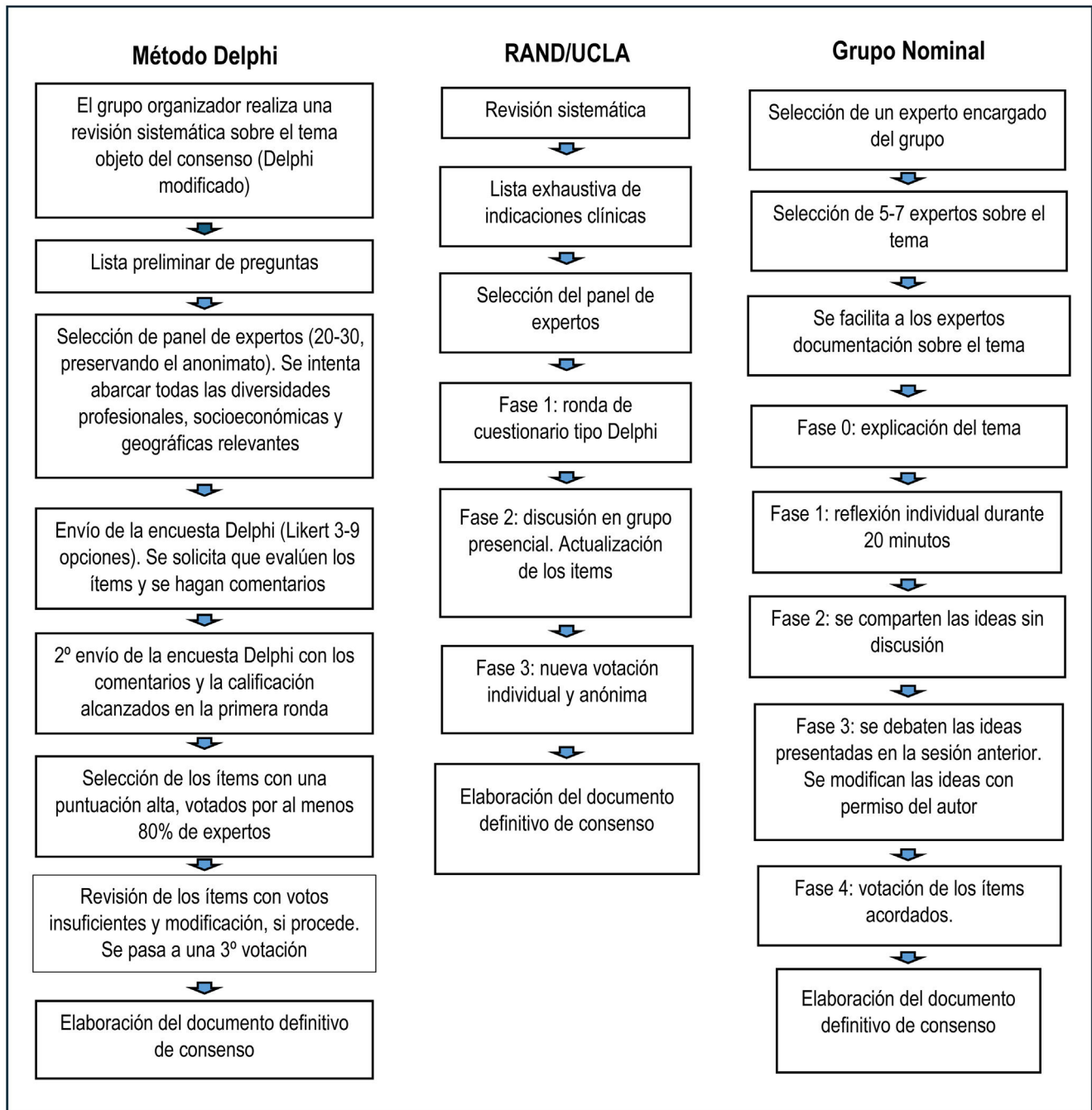


Figura 1 Métodos de consenso: Delphi, RAND/UCLA, grupo nominal.

suficiente o que alcanzan el umbral de voto solo en una ocasión son revisados y modificados si procede. Con todos ellos se realiza una tercera votación. Tras estas votaciones el grupo organizador se reúne y elabora el documento final. Dadas las características del método, el nivel de acuerdo o consenso se considera inferior al que se alcanza con el grupo nominal.

El método del grupo nominal, que junto con la técnica Delphi se incluye en el grupo de procedimientos más estructurados, permite una mayor interacción entre especialistas en el tema, la posibilidad de llevarlo a cabo de forma virtual con retroalimentación inmediata y menor duración

del proceso^{4,10,11} (fig. 1). Se recomienda la participación de 5 a 7 expertos. Se elige inicialmente a un profesional con más experiencia en el tema del consenso que se encarga de seleccionar el resto del grupo. El responsable del grupo proporciona a los expertos documentación sobre el tema a discutir antes de comenzar a interactuar. El proceso tiene 4 etapas: en la primera, se pide una reflexión individual durante 20 minutos. En la segunda, se comparten las ideas, una por participante y por turno, sin que haya discusión y hasta que se han expuesto todas las ideas (*round robin*). En la tercera, se discuten las ideas presentadas en la etapa anterior, contando con un moderador que favorece la

participación de todos y la discusión de todas las ideas. Se modifican las propuestas iniciales con el consentimiento del autor de la misma. En la cuarta y última etapa se produce la votación de los ítems propuestos y modificados en la etapa anterior, pudiéndose repetir la tercera y cuarta etapa hasta alcanzar el consenso.

El método RAND/UCLA^{4,12} se considera una variante de los dos métodos anteriores (fig. 1). La estructura de las reuniones suele estar individualizada en función del grupo y del tema que se esté tratando. Habitualmente incluye entre 7 y 15 miembros. El proceso se inicia con una revisión sistemática de la literatura que realiza el comité organizador para establecer una base de conocimiento sólido. A partir de ahí, se elabora una lista de indicaciones clínicas, asegurando que estas sean exhaustivas, mutuamente excluyentes y aplicables a la práctica médica. Se selecciona un panel de expertos compuesto por especialistas de distintas disciplinas relacionadas con el objeto del consenso. El estudio se estructura en 3 rondas de evaluación. Primera ronda: cuestionario tipo Delphi, que incluye una evaluación individual y anónima de los ítems incluidos mediante una escala de Likert. Segunda ronda: reunión presencial para aclarar discrepancias y reevaluar los ítems, asegurando mayor consenso. Tercera ronda: actualización de los ítems, tras la discusión previa y una nueva votación anónima mediante una escala de Likert. Tras ella, cada ítem se considerará apropiado, inapropiado o incierto, según la puntuación de los expertos. Una de las ventajas de este método es el uso de un análisis más sofisticado que incluye rangos interpercentiles, ajustados o no, que permiten superar las desventajas que suponen la variación en el número de expertos y el efecto de los desacuerdos. Existen múltiples variantes del método.

Las conferencias de consenso⁴ consisten en la interacción de forma presencial de un grupo multidisciplinario de expertos. El comité directivo selecciona un panel de unos 10 expertos. Es un método más flexible que los anteriores. Se comienza con la formulación de las preguntas sobre el tema que se quiere tratar y la realización de una revisión sistemática por parte de un pequeño grupo de expertos que no participarán en la toma de decisiones. Se presentan los resultados a los miembros del panel y se resuelven las dudas. Posteriormente el panel de expertos se reúne para deliberar, con la dirección de uno de ellos, elegido como moderador, hasta llegar a un consenso. Esta técnica tiene la ventaja de favorecer el diálogo y la discusión, pero la desventaja del coste y la limitación de tiempo.

Las reuniones de consenso⁶ junto con los grupos focales son dos opciones menos estructuradas. Consisten en la reunión de un grupo de expertos para debatir temas específicos de manera organizada, con el propósito de establecer acuerdos. Se basan en el diálogo, la negociación y, a veces, la votación. Durante estas sesiones, se registran tanto las recomendaciones aprobadas como los argumentos en contra de ciertos puntos. Su estructura varía según el tema abordado y la composición del grupo.

ACCORD: guía para la elaboración de manuscritos de consensos

En 1996 se publicó la declaración CONSORT, en un intento de mejorar la calidad de las publicaciones de ensayos

clínicos aleatorizados. A partir de ese momento, de forma progresiva, se han publicado guías para otros diseños metodológicos, muchas de ellas accesibles en la web EQUATOR¹³. Sin embargo, los métodos de consenso, a pesar de la importancia que tienen en la toma de muchas decisiones sanitarias clave, no han contado con una guía que orientara sus publicaciones hasta el año 2024.

Según sus autores, la guía ACCORD (*ACcurate CONsensus Reporting Document*) se ha desarrollado para ayudar a redactar documentos sobre cualquier método de consenso utilizado en la investigación biomédica, independientemente del campo de la salud, las técnicas utilizadas o la aplicación² (fig. 2). Como todas las guías de elaboración de manuscritos, la finalidad de ACCORD es ayudar a los investigadores a ser transparentes a la hora de publicar su investigación, incluyendo información detallada sobre los materiales, recursos (tanto humanos como financieros) y procedimientos utilizados durante el proceso de consenso. De esta manera, los lectores, con toda la información necesaria accesible, podrán juzgar la fiabilidad y aplicabilidad de los resultados/recomendaciones del documento de consenso.

Se presenta a continuación un resumen de su contenido. La información detallada con ejemplos y la lista de verificación original se encuentran en la documentación disponible en EQUATOR y en la web de ACCORD⁶. Asimismo, existen versiones de libre acceso en castellano de la lista de verificación y del glosario de términos resumido, que se reproducen en las tablas 3 y 4.

Título

Debe especificarse en el *título* que se trata de un documento de consenso y la metodología de consenso utilizada para que los lectores puedan conocer la robustez de los métodos utilizados en el estudio.

Introducción

En la *introducción* debe presentarse información sobre 3 elementos: el motivo de elección de un ejercicio de consenso en lugar de otros enfoques indicando si no existe evidencia, es incierta o si el consenso se considera necesario para aclarar algún aspecto específico (I1); la definición del objetivo concreto del ejercicio de consenso (I2); y la declaración de si se trata de una actualización de un documento de consenso previo (I3).

Métodos

El apartado de *métodos* consta de 21 de los 35 ítems de ACCORD, lo que indica su importancia. Para comenzar, se recomienda informar si el protocolo del consenso se ha registrado (M1). Después, se describirá detalladamente todo lo referente a:

1. El procedimiento de selección del comité directivo, indicando sus áreas de especialización y experiencia, así como de los panelistas que participaron en el ejercicio

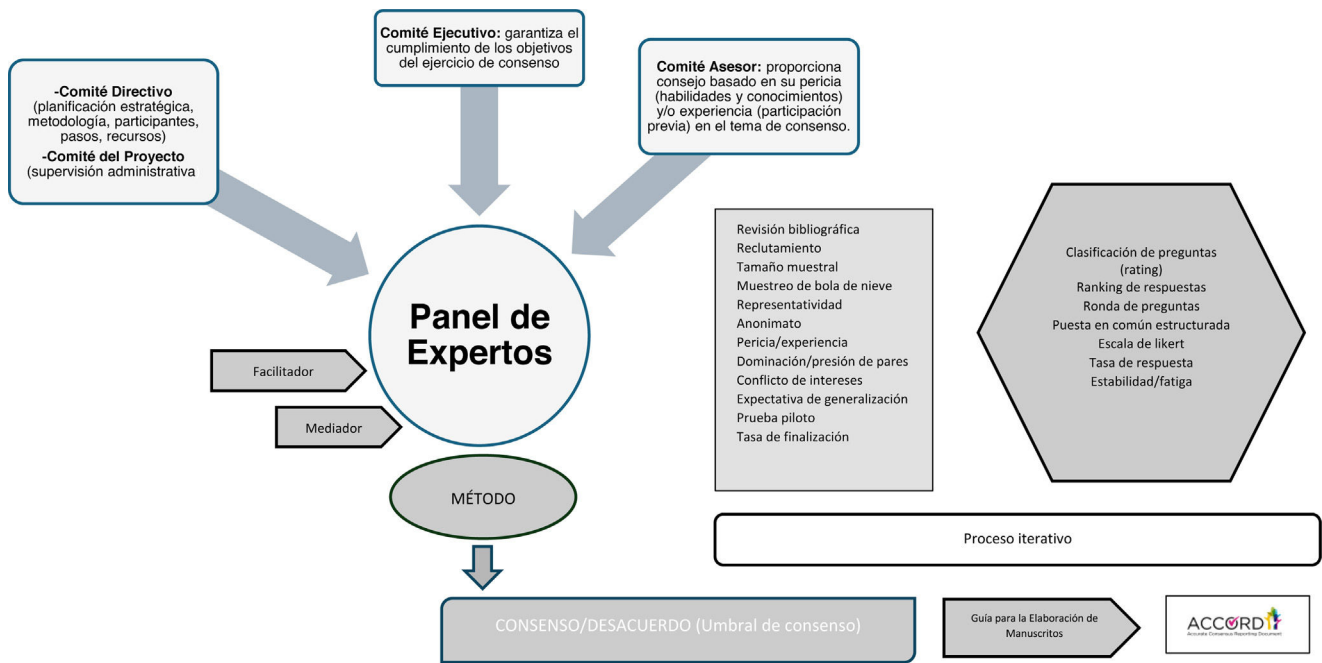


Figura 2 Esquema general de un ejercicio de consenso.

- de consenso, incluyendo también información sobre los ciudadanos, pacientes o cuidadores implicados (M2-M5).
2. La investigación preliminar realizada, especificando cómo se obtuvo la información antes de generar los temas a debatir u otros materiales utilizados, incluyendo la estrategia de búsqueda realizada. Conocer las fuentes utilizadas y la exhaustividad de la búsqueda permite a los lectores evaluar si esto es una fortaleza o una limitación (M6-M8).
3. El proceso de consenso, detallando algunas cuestiones que esbozamos a continuación:
 - Los métodos utilizados y el objetivo de las diferentes etapas del proceso del consenso. No existe un método de consenso que se pueda considerar patrón oro. Por ello, es importante describirlo de forma clara y transparente, especialmente si ha sido adaptado, para garantizar la comprensión del proceso y poder así juzgar las posibles fuentes de sesgo (M9-M11).
 - La definición de consenso utilizada (p.ej., número, porcentaje o clasificación categórica, como «de acuerdo» o «totalmente de acuerdo») y la base lógica para su elección y votación posterior (M12, M13).
 - El modo de recogida de las respuestas para cada etapa, especificando si se recogieron en un entorno grupal o individualmente. Es importante conocer si ha habido anonimato, ya que esto puede minimizar la influencia del grupo o de los líderes de opinión. Con esta información, los lectores podrán valorar mejor el potencial de sesgo, dinámica de poder y/o influencia del grupo (M14).
 - El procesamiento y/o resumen de las respuestas. La elección de métodos cuantitativos o cualitativos dependerá del método de consenso que se haya usado, del formato de las preguntas y de los objetivos del proceso de consenso (M15).

- Las pruebas piloto de los materiales de estudio y/o las encuestas, indicando el número de personas que participaron, sus características, si hubo cambios como resultado de sus aportaciones y si sus respuestas se utilizaron en el cálculo del consenso final (M16). Si no se realizó, debe indicarse.
 - El proceso de retroalimentación con los panelistas al final de cada paso o reunión de consenso. Si se hizo, la explicación de cómo se realizó, si fue cuantitativo (p.ej., índices de aprobación por tema/ítem) o cualitativo (p.ej., comentarios o listas de elementos aprobados) y si estaba anonimizado y, en este caso, si estaba previsto en el diseño y qué métodos se usaron para garantizarlo (M17, M18).
 - La participación del comité directivo y de las personas que gestionaban el consenso en las decisiones tomadas por el panel de consenso (p.ej., si tenían derecho a voto) (M19).
4. Los incentivos económicos o en especies que se usaron para aumentar las tasas de respuesta o la participación en el proceso de consenso (que deben conocerse porque podrían crear conflictos de intereses) y todo lo realizado para hacer las encuestas/reuniones más accesibles (p.ej., reuniones por internet, información en lenguaje sencillo) (M20, M21).

Resultados

Se recomienda situar el consenso temporalmente, especificando las fechas de inicio y finalización de cada etapa del proceso y la duración total del análisis, así como cualquier prórroga o retraso que haya ocurrido (R1). También, los cambios realizados respecto al protocolo inicial y las razones por las que fueron necesarios (R2).

Tabla 3 Lista de verificación ACCORD

ÍtemN.º	Sección	Ítem de la lista de verificación (<i>texto explicativo</i>)	Pág. N.º
T1	Título	Especifique en el título del artículo que se trata de un ejercicio de consenso y los métodos de consenso utilizados <i>Por ejemplo, técnica Delphi o grupo nominal</i>	
I1	Introducción	Explique por qué se eligió un ejercicio de consenso en lugar de otros enfoques	
I2		Indique el objetivo del ejercicio de consenso, incluyendo la audiencia prevista y el alcance geográfico (nacional, regional, mundial)	
I3		Si el ejercicio de consenso es una actualización de un documento existente, indique por qué se necesita una actualización y cite el documento original	
M1	Métodos Registro	Si el estudio o el protocolo de estudio se registró prospectivamente, indique la plataforma de registro y proporcione un enlace. Si no se registró, debe indicarse <i>Se recomienda incluir la fecha de registro</i>	
M2	Selección del comité directivo y/o panelistas	Describa las funciones y áreas de especialización o experiencia de quienes dirigieron el ejercicio de consenso <i>Por ejemplo, si el proyecto estuvo dirigido por un presidente, copresidentes o un comité directivo y, de ser así, cómo fueron elegidos. Enumere sus nombres, si corresponde, y si hubo subgrupos para etapas concretas del proceso</i>	
M3		Explique los criterios de inclusión de los panelistas y la justificación del número de panelistas. Indique quién seleccionó a los panelistas	
M4		Describa el proceso de reclutamiento (cómo se invitó a los panelistas a participar) <i>Incluya los métodos y lugares que se usaron para la difusión/publicidad, la cantidad de invitaciones enviadas y si hubo una supervisión centralizada de las invitaciones o si se pidió/permitió a los panelistas sugerir a otros miembros del panel</i>	
M5		Describa el papel de las personas de la población general, pacientes o cuidadores que participaron en los diferentes pasos del estudio	
M6	Investigación preliminar	Describa cómo se obtuvo la información antes de generar los ítems u otros materiales utilizados durante el ejercicio de consenso <i>Esto podría incluir una revisión bibliográfica, entrevistas, encuestas u otro proceso</i>	
M7		Describa con detalle cualquier búsqueda bibliográfica sistemática, incluyendo la estrategia de búsqueda y las fechas de la búsqueda o la referencia bibliográfica, si ya se publicó <i>Proporcione los detalles sugeridos por la guía de elaboración de manuscritos PRISMA y la extensión relacionada PRISMA-Search</i>	
M8		Describa cómo se resumió la evidencia científica existente y si dicha evidencia se proporcionó a los panelistas	
M9	Evaluación del consenso	Describa los métodos utilizados y los pasos dados para recoger las aportaciones de los panelistas y alcanzar el consenso (por ejemplo, Delphi, RAND-UCLA, técnica de grupo nominal) <i>Si se realizaron modificaciones al método en su forma original, proporcione una explicación detallada de cómo se adaptó el método y por qué fue necesario el cambio para el objetivo de su estudio basado en el consenso</i>	
M10		Describa cómo se presentó cada pregunta o enunciado y las opciones de respuesta. Indique si los panelistas pudieron explicar sus respuestas o si se les solicitó que lo hicieran. Indique también si podían proponer nuevas opciones <i>Si es posible, presente el cuestionario o la lista de enunciados como material suplementario</i>	
M11		Indique el objetivo de cada paso del consenso <i>Un paso podría ser una reunión de consenso, una sesión de debate o entrevista, o una ronda Delphi</i>	

Tabla 3 (continuación)

ÍtemN.º	Sección	Ítem de la lista de verificación (<i>texto explicativo</i>)	Pág. N.º
M12		Indique la definición de consenso (por ejemplo, número, porcentaje o clasificación categórica, como «de acuerdo» o «totalmente de acuerdo») y explique la base lógica para esa definición	
M13		Indique si los ítems que cumplieron con la definición preestablecida de consenso se incluyeron en alguna ronda de votación posterior	
M14		Para cada paso, describa cómo se recopilaron las respuestas y si las respuestas se recopilaron en un entorno grupal o individualmente	
M15		Describa cómo se procesaron y/o resumieron las respuestas <i>Incluya análisis cualitativos de las respuestas de texto libre (por ejemplo, análisis temático, de contenido o de conglomerados) y/o métodos analíticos cuantitativos, si se utilizaron</i>	
M16		Describa las pruebas piloto de los materiales de estudio y/o instrumentos de encuesta <i>Incluya cuántas personas realizaron las pruebas piloto de los materiales de estudio, la justificación de la selección de esas personas, los cambios realizados como resultado y si sus respuestas se utilizaron en el cálculo del consenso final. Si no se realizó ninguna prueba piloto, debe indicarse</i>	
M17		Si corresponde, describa cómo se realizó la retroalimentación con los panelistas al final de cada paso o reunión de consenso <i>Indique si la retroalimentación fue cuantitativa (por ejemplo, porcentajes de aprobación por tema/ítem) o cualitativa (por ejemplo, comentarios o listas de elementos aprobados) y si estaba anonimizada</i>	
M18		Indique si en el diseño del estudio se había previsto el anonimato. Explique dónde y a quién se aplicó y qué métodos se utilizaron para garantizar el anonimato	
M19		Indique si el comité directivo participó en las decisiones tomadas por el panel de consenso <i>Por ejemplo, si el comité directivo o quienes gestionaban el consenso también tenían derecho a voto</i>	
M20	Participación	Describa cualquier incentivo para estimular las respuestas o la participación en el proceso de consenso <i>Por ejemplo, ¿se repitieron las invitaciones para participar o se pagó a los participantes por su tiempo?</i>	
M21		Describa cualquier adaptación para hacer las encuestas/reuniones más accesibles <i>Por ejemplo, los idiomas en que se realizaron las encuestas/reuniones y si había traducciones o resúmenes en lenguaje sencillo disponibles</i>	
R1	Resultados	Indique cuándo se llevó a cabo el ejercicio de consenso. Enumere la fecha de inicio y el tiempo que llevó completar cada paso del proceso de consenso, el análisis y cualquier prórroga o demora en el análisis	
R2		Explique las desviaciones del protocolo de estudio y por qué fueron necesarias <i>Por ejemplo, la incorporación de miembros del panel durante el ejercicio, la cantidad de pasos de consenso, los criterios de detención; informe los pasos en los que esto ocurrió</i>	
R3		Para cada paso, aporte información cuantitativa (número de panelistas, tasa de respuesta ^a) y cualitativa (datos sociodemográficos relevantes) para describir a los panelistas participantes	
R4		Presente el resultado final del proceso de consenso de forma cualitativa (por ejemplo, el conjunto de temas considerados) y/o cuantitativa (por ejemplo, mediante estadísticos de resumen, medias de puntuación, medianas y/o rangos)	
R5		Enumere los ítems o temas que se modificaron o eliminaron durante el proceso de consenso. Incluya el motivo y el momento en el que se modificaron o eliminaron	

Tabla 3 (continuación)

Ítem N.º	Sección	Ítem de la lista de verificación (texto explicativo)	Pág. N.º
D1	Discusión	Analice las fortalezas y limitaciones metodológicas del ejercicio de consenso <i>Incluya los factores que pueden haber influido en las decisiones (por ejemplo, la tasa de respuestas^a, la representatividad del panel, la posibilidad de que la retroalimentación durante el consenso hubiera generado sesgos en las respuestas o el posible impacto de cualquier interacción no anónima)</i>	
D2		Comente si las recomendaciones son coherentes con la bibliografía existente y, de no ser así, plantee las razones por las que este proceso puede haber llegado a conclusiones alternativas	
O1	Otra información	Enumere todas las organizaciones patrocinadoras involucradas y su función	
O2		Indique los posibles conflictos de intereses, incluyendo los de los que dirigieron el estudio de consenso y los panelistas. Describa cómo se gestionaron los conflictos de intereses	
O3		Indique cualquier financiación recibida y el papel del financiador <i>Especifique, por ejemplo, cualquier participación del financiador en el concepto/diseño del estudio, participación en el comité directivo, realización del proceso de consenso o financiación de cualquier ayuda en la redacción científico-médica. Esto podría indicarse en los métodos o en la sección de transparencia del manuscrito</i> <i>Debe especificarse también si un financiador no desempeñó ningún papel en el proceso ni influyó en las decisiones tomadas</i>	

Adaptada de Gattrell et al.². Adaptación realizada por miembros del Comité/Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP y AEPap. Esta tabla tiene una licencia CC-BY-NC 4.0. <https://www.aeped.es/comite-pediatria-basada-en-evidencia/documentos/lista-verificacion-accord>.

^a El término original *response rate* se ha traducido como tasa de respuesta por coherencia con la literatura de consensos. En sentido estricto, sin embargo, se trata de una proporción y no de una tasa.

Además, se debe proporcionar información sobre el número de panelistas, las tasas de respuesta y los datos sociodemográficos de los participantes para evaluar la representatividad de la muestra con respecto a la población donde se desea aplicar los resultados (R3).

Para finalizar, se debe presentar el resultado final del proceso de consenso, bien como datos cualitativos (p.ej., temas agregados a partir de los comentarios que cumplieron con el umbral de consenso) y/o cuantitativos (p.ej., estadísticos resumen, medias de las puntuaciones, medianas y/o rangos) (R4, R5).

Discusión

Este es el espacio para comentar las fortalezas y limitaciones del método de consenso utilizado, reflexionando sobre la representatividad del panel, la posibilidad de que la retroalimentación durante el consenso hubiera podido sesgar las respuestas o el posible impacto de cualquier interacción no anónima (D1). Asimismo, se presentarán las recomendaciones finales del proceso y se analizará si son coherentes con la bibliografía sobre el tema (D2) y, de no ser así, se razonará por qué este proceso puede haber llegado a conclusiones diferentes.

Otros

Es crucial informar sobre los patrocinadores del estudio (O1), los posibles conflictos de intereses de los participantes

(O2), tanto directivos como panelistas, y la participación de los financiadores en el diseño, proceso o publicación del consenso (O3). Esta información es esencial para la evaluación crítica y rigurosa del estudio.

Evaluación de un documento de consenso: lectura crítica y valoración del riesgo de sesgos

Una vez publicados, es fundamental evaluar la calidad de los documentos de consenso mediante una *lectura crítica* que analice su validez, relevancia y aplicabilidad a la situación concreta que desencadenó la duda inicial¹⁴. Si el artículo se ha escrito según las recomendaciones de la guía para la elaboración de manuscritos adecuada (ACCORD², en el caso de los ejercicios de consenso) habrá, probablemente, información suficiente para poder responder a las preguntas fundamentales¹⁵.

Existen pocas herramientas de ayuda para la lectura crítica de los documentos de consenso. Para las conferencias de consenso, se ha propuesto una serie de criterios de calidad teniendo en cuenta otras experiencias validadas de valoración crítica^{3,16}. De forma más general, el Instituto Joanna Briggs ha desarrollado una herramienta de lectura crítica para documentos que recogen la opinión de expertos^{17,18} denominada *textual evidence: expert opinion* (las explicaciones de su uso en español están disponibles en el Manual JBI para la Síntesis de la Evidencia)¹⁹. Se compone de 6 pre-

Tabla 4 Resumen del glosario de términos definidos en el contexto de ACCORD

Abandono (*Drop-out*): persona que participa en parte del ejercicio de consenso, pero que no continúa hasta el final del proceso. El abandono está estrechamente relacionado con la «tasa de finalización^a»

Accesibilidad (*Accessibility*): puede referirse a tres áreas: el proceso (capacidad y facilidad para participar en las distintas partes del ejercicio de todos los grupos afectados por el consenso), los materiales desarrollados durante el proceso (la redacción de la información en un lenguaje imparcial, sin tecnicismos ni jergas, utilizando diferentes formatos gráficos o audiovisuales) o los resultados publicados (la publicación de los resultados finales en revistas de acceso abierto o en otro formato libre a disposición del público)

Anonimato (*Anonymity*): garantizar que la identidad de los participantes permanezca desconocida o desconectada de sus votos, con el propósito de reducir el sesgo o compromiso de los votos o conclusiones de participantes o panelistas. Dentro de la investigación por consenso, el anonimato es un pilar básico del proceso Delphi, pero también puede estar presente en otros métodos

Calificación (*Rating*): proporciona detalles sobre la calidad de los ítems utilizando una escala de evaluación común. A diferencia de la «clasificación», la calificación permite que varios elementos diferentes tengan la misma puntuación

Clasificación (*Ranking*): consiste en comparar un conjunto de elementos y, después, relacionarlos entre sí de forma ordenada según una jerarquía o escala

Comité del proyecto (*Project committee*): comité subordinado al comité directivo o ejecutivo. Pequeño grupo de personas que participan directamente en una parte del ejercicio de consenso y/o que se encargan de su supervisión administrativa (organización de reuniones, el mantenimiento de la documentación o el envío de recordatorios de los plazos del proyecto). El comité del proyecto también puede dividirse en «grupos de trabajo» más pequeños designados para trabajar en tareas específicas

Comité directivo (*Steering committee*): grupo que asume la responsabilidad y rinde cuentas de la planificación estratégica de un estudio de consenso, incluida su metodología, participantes, pasos y recursos

Comité ejecutivo (*Executive committee*): grupo de personas con funciones ejecutivas o de administración que garantizan el cumplimiento de los objetivos del ejercicio de consenso y se comunica con los miembros de otros comités. El comité ejecutivo puede o no formar parte de otros grupos del ejercicio de consenso, como el comité director o el consejo asesor

Conflicto de intereses (*Conflict of interest*): existe cuando un participante implicado en un ejercicio de consenso (miembro de un panel, facilitador, miembro del comité directivo, autor) tiene una relación/interés contrapuesto que puede considerarse que influye en sus responsabilidades en el diseño/realización/informe imparcial de un ejercicio de consenso, o en la votación. Los intereses en conflicto incluyen: compromisos académicos, relaciones personales, creencias políticas o religiosas, afiliaciones institucionales y vínculos financieros

Conocimiento especializado/especialista (*Expertise/expert*): se refiere a la profundidad de los conocimientos y/o habilidades sustanciales sobre un tema o concepto que posee un profesional, validada por una medida externa como título académico, nivel o años de práctica profesional, en un área pertinente para el diseño, la realización y/o el tema del ejercicio de consenso

Consejo asesor (*Advisory board*): grupo externo de personas que actúan como asesores y proporcionan consejo basado en su pericia (habilidades y conocimientos) y/o experiencia (participación previa) del tema de consenso. En la mayoría de los casos, este grupo depende del comité directivo o ejecutivo

Desacuerdo/disconformidad (*Disagreement/dissensus*): no acuerdo u oposición a una idea o principio de acción, debido a opiniones divergentes entre los participantes del ejercicio de consenso

Dominación/presión de los pares (*Dominance/peer pressure*): el concepto de que un individuo (o un grupo de individuos) tiene poder para influir en la opinión o ejercer una influencia indebida sobre otros participantes, consistentes en diferencias pasivas relacionadas con la cultura, la edad o la antigüedad profesional

Elemento (*Element*): la directriz ACCORD consta de 36 ítems de información. Cada uno de estos ítems puede requerir la comunicación de más de un dato; cada uno de estos datos se denomina «elemento»

Escala de Likert (*Likert scale*): escala psicométrica utilizada con frecuencia en las encuestas para medir el nivel de acuerdo con afirmaciones cualitativas. Por ejemplo, en respuesta a una afirmación, una persona puede indicar que está «totalmente en desacuerdo», «algo en desacuerdo», «indeciso», «algo de acuerdo» o «totalmente de acuerdo». Las escalas Likert tienen un número impar de categorías, de tal forma que existen el mismo número de alternativas a ambos lados de un valor intermedio, lo que permite a los participantes expresar su neutralidad

Tabla 4 (continuación)

Estabilidad (<i>Stability</i>) la coherencia de las respuestas entre rondas sucesivas de un ejercicio de consenso. Las respuestas pueden ser inestables entre rondas debido a que los individuos cambian de postura
Experiencia (<i>Experience</i>): se refiere directamente a la cantidad de exposición que una persona tiene al tema, tiempo que una persona ha estado expuesta al tema, en contraposición a sus conocimientos (que se describen como «pericia»). Suele medirse en años de exposición («años de experiencia»)
Facilitador/facilitación (<i>Facilitator/facilitation</i>): persona que apoya las reuniones de consenso facilitando el debate o asegurándose, mediante técnicas más estructuradas, de que se siguen los pasos pertinentes. El facilitador debe permanecer neutral en los procesos de toma de decisiones. Un facilitador puede ser un experto en el tema en cuestión o simplemente un facilitador experto (alguien que tiene una cualificación o una capacidad demostrada para facilitar grupos)
Cansancio/fatiga de la encuesta (<i>Fatigue/survey fatigue</i>): se produce cuando los encuestados pierden interés en una encuesta debido a que se les pide que completen una encuesta excesivamente larga, varias rondas o varias encuestas. Puede dar lugar a un bajo índice de respuestas, a una cumplimentación apresurada o a abandonos, lo que puede repercutir en los resultados de la encuesta
Expectativa de generalización (<i>Generalisability</i>): en ocasiones denominada validez externa o aplicabilidad, es el grado en que el resultado de un ejercicio de consenso puede aplicarse a otras circunstancias. El término se utiliza para hablar de cómo la medida en que los resultados consensuados desarrollados en una población pueden aplicarse directamente a una población que difiere de algún modo con la estudiada
Guía de elaboración de manuscritos (<i>Reporting guideline</i>): documento elaborado para orientar a los autores sobre la información mínima que deben incluir al publicar una investigación. ACCORD es una guía para la publicación de ejercicios de consenso
Guía de práctica clínica (GPC) (<i>Clinical practice guideline</i>): documento que ofrece recomendaciones, declaraciones o procesos desarrollados sistemáticamente para ayudar a los clínicos y a los pacientes a tomar decisiones sobre lo que constituye un enfoque de la asistencia sanitaria basado en la evidencia
Mediador/mediación (<i>Mediator/mediation</i>): cuando los miembros del consenso están en conflicto sobre un tema, la mediación es un procedimiento en el que una persona externa al conflicto es llamada a intervenir y ayudar a resolver la disputa encontrando una solución conciliadora, sin tomar parte
Muestreo de bola de nieve (<i>Snowball sampling</i>): enfoque que se basa en la recomendación entre pares para el reclutamiento y/o para ayudar a alcanzar el tamaño de muestra objetivo o las características demográficas deseadas. En este enfoque, los investigadores seleccionan participantes iniciales (llamados «semillas»), quienes reclutan a sus pares, y estos, a su vez, reclutan a los suyos, y así sucesivamente hasta que se alcanza el tamaño de muestra objetivo o se logran las características demográficas deseadas
Panel (<i>Panel</i>): grupo de personas con conocimientos o experiencia relevantes a las que se invita a participar en un ejercicio de consenso
Puesta en común estructurada (<i>Round robin</i>): suele formar parte de la técnica de grupo nominal (TGN), siendo su segundo paso, en el que se recogen y registran las ideas de los panelistas de uno en uno y de forma secuencial. El proceso se repite hasta que no surjan más ideas novedosas del grupo de panelistas
Proceso iterativo (<i>Iteration</i>): es la repetición de un proceso o unos pasos dentro del ejercicio de consenso. Se realiza para mejorar las versiones anteriores de una recomendación o un acuerdo de grupo. La iteración es un principio central del método Delphi y, en este método, está representada por las repetidas rondas de votación
Reclutamiento (<i>Recruitment</i>): la estrategia, el proceso y el método utilizados para identificar, llegar a las personas e invitarlas efectivamente a participar
Representatividad (<i>Representativeness</i>): grado en que una muestra de un grupo representa las características de una población. En el contexto de la investigación de consenso, el concepto se refiere a la medida en que los participantes o panelistas del ejercicio de consenso representan las características de la población más amplia de individuos que se verán afectados por los resultados del consenso
Tamaño muestral (<i>Sample size</i>): en el contexto del consenso, el número de personas que participan en cada paso del ejercicio para llegar a un consenso
Tasa de finalización^a (<i>Completion rate</i>): se refiere a la proporción de participantes que fueron invitados a participar y tomaron parte en el ejercicio de consenso completo (una reunión hasta su final, o todas las preguntas de una ronda Delphi, por ejemplo). Para que sean significativos, los índices de finalización deben comunicarse para todos los pasos, fases, sesiones o rondas. En cada fase debe quedar claro quién fue invitado (denominador) y quién completó (numerador)

Tabla 4 (continuación)

Tasa de respuesta^a (Response rate): proporción de individuos que respondieron a una determinada invitación o pregunta de la encuesta. Puede darse el caso de que alguien responda a la primera pregunta o preguntas de una encuesta Delphi (lo que permite a los autores informar de la tasa de respuesta por ítem), pero no a todas en la ronda Delphi (lo que reduce la tasa de finalización)

Umbral de consenso (Consensus threshold): valor que indica que se ha alcanzado un acuerdo (consenso) entre el grupo de partes interesadas. Un valor umbral es una cantidad, proporción o límite en una escala decidida por los organizadores del consenso

Adaptado de Logullo et al.⁶. Adaptación realizada por miembros del Comité/Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP y AEPap. Esta tabla tiene una licencia CC-BY-NC 4.0. <https://www.aeped.es/comite-pediatria-basada-en-evidencia/documentos/>.

^a Los términos originales *response rate* y *completion rate* se han traducido como tasa de respuesta y tasa de finalización por coherencia con la literatura de consensos. En sentido estricto, sin embargo, se trata de proporciones y no de tasas.

guntas, con 4 respuestas posibles cada una (sí, no, no está claro, no aplicable). Las preguntas hacen referencia a:

- La identificación clara de los autores.
- El grado de conocimiento y experiencia de los autores, así como sus vínculos con cualquier tipo de organización.
- La priorización de los intereses de la población afectada.
- La argumentación lógica de las conclusiones.
- La referencia a la literatura existente.
- La coherencia con la literatura y otras fuentes de opinión.

Como ocurre con cualquier tipo de estudio, los ejercicios de consenso están expuestos a la existencia de sesgos, tanto durante su desarrollo como en la preparación de las recomendaciones finales. Los sesgos pueden ser implícitos y explícitos. Los primeros se refieren a las expectativas inconscientes de los participantes, mientras que los segundos hacen referencia a los sesgos/expectativas conscientes y manifiestos de los patrocinadores, organizadores y participantes del proceso de consenso²⁰. Debe prestarse especial atención a:

- El método de consenso utilizado, diferenciando los métodos formales de los informales, porque estos últimos, en ausencia de metodología sistematizada, son más proclives a presentar sesgos.
- Si se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y una síntesis de la misma que estuviera disponible para los participantes, para evitar recomendaciones inadecuadas respecto al conocimiento actualizado.
- La fuente de financiación, diferenciando entre pública, entidad sin ánimo de lucro o industria privada. Los consensos financiados por la industria tienen el mayor riesgo de sesgo implícito y explícito²⁰.

La información sobre el riesgo de sesgos debe presentarse y comentarse en el apartado de Discusión del documento, explicando qué sesgos han podido afectar al consenso y los procedimientos que los autores utilizaron para minimizarlos.

Nota de los autores

Para este artículo se han traducido los términos *response rate* y *completion rate* como tasa de respuesta y tasa de finalización por coherencia con la literatura de consensos.

En sentido estricto, sin embargo, se trata de proporciones y no de tasas²¹.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

No existen.

Anexo. Comité de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia (resto de miembros)

M. Salomé Albi Rodríguez, Albert Balaguer Santamaría, Carolina Blanco Rodríguez, Laura Cabrera Morente, Fernando Carvajal Encina, Jaime Cuervo Valdés, Eduardo Cuestas Montañés, M. Jesús Esparza Olcina, Sergio Flores Villar, Javier González de Dios, Rafael Martín Masot, M. Victoria Martínez Rubio, Manuel Molina Arias, Eduardo Ortega Páez, Begoña Pérez-Moneo Agapito, M. José Rivero Martín, Álvaro Gimeno Díaz de Auri, Elena Pérez González y Juan Ruiz-Canela Cáceres.

Bibliografía

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
2. Gattrell WT, Logullo P, van Zuuren EJ, Price A, Hughes EL, Blazey P, et al. ACCORD (ACcurate CONsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. *PloS Med*. 2024;21:e1004326, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326>.
3. Asua Batarrita J. Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit*. 2005;19:65-70.
4. Arakawa N, Bader LR. Consensus development methods: Considerations for national and global frameworks and policy development. *Res Soc Adm Pharm*. 2022;18:2222-9.
5. Kwong JSW, Chen H, Sun X. Development of Evidence-based Recommendations: Implications for Preparing Expert Consensus Statements. *Chin Med J (Engl)*. 2016;129:2998-3000.

6. Logullo P, van Zuuren EJ, Winchester CC, Tovey D, Gattrell WT, Price A, et al. ACCurate COnsensus Reporting Document (ACCORD) explanation and elaboration: Guidance and examples to support reporting consensus methods. *PloS Med.* 2024;21:e1004390.
7. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sander-son CFB, Askham J. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess [Internet].* 1998;2. Disponible en: <https://database.inahta.org/article/215>.
8. Spranger J, Homberg A, Sonnberger M, Niederberger M. Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: A methodological review. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* 2022;172:1–11.
9. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm.* 2016;38:655–62.
10. Cook CE, Bailliard A, Bent JA, Bialosky JE, Carlino E, Colloca L, et al. An international consensus definition for contextual factors: findings from a nominal group technique. *Front Psychol.* 2023;14:1178560.
11. Michel DE, Iqbal A, Faehrmann L, Tadić I, Paulino E, Chen TF, et al. Using an online nominal group technique to determine key implementation factors for COVID-19 vaccination programmes in community pharmacies. *Int J Clin Pharm.* 2021;43:1705–17.
12. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Internet]. RAND Corpora-tion; 2001 [consultado 31 Ene 2025]. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html.
13. EQUATOR Network | Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research [Internet]. [consultado 3 Feb 2025]. Disponible en: <https://www.equator-network.org/>.
14. Gimeno Díaz de Atauri Á, Albi Rodríguez S. Generalidades sobre la lectura crítica Importancia clínica. Herramientas de lectura crítica. En: *Medicina Basada en la Evidencia Lo que siempre quiso saber la evidencia aplicada a la práctica clínica sin morir en el intento*. Madrid: Lua Ediciones; 2024. p. 411–20.
15. Aizpurua Galdeano P, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Balado Insunza N, Pérez González E, Ruiz-Canela Cáceres J, et al. Guías para la elaboración de manuscritos y unas pinceladas de lectura crítica. *An Pediatría.* 2023;99:335–49.
16. AGREE Collaboration. Development and validation of an inter-national appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:18–23.
17. McArthur A, Klugárová J, Yan H, Florescu S. Innovations in the systematic review of text and opinion. *JBIM Evid Implement.* 2015;13:188.
18. Pearson A, Jordan Z, McArthur A, Florescu S, Cooper A, Yan H, et al. Systematic reviews of textual evidence: narrative, expert opinion or policy. En: Aromataris E, Lock-wood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis JBI.* 2024 [Internet]. [consultado 12 Mar 2025]. Disponible en: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-04>
19. McArthur A, Klugarova J, Yan H, Florescu. Systematic reviews of text and opinion. En: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis JBI.* 2020 [Internet]. Chacón Armijo S, trans. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-05>.
20. Harden RN, Reisfield GM, Gallagher RM. Publishing Consensus Conference Proceedings: Can We Avoid Missed Opportunities While Effectively Managing Bias? *Pain Med.* 2020;21:658–9.
21. Cuestas Montañés E, Molina Arias M, Ochoa Sangrador C, Ortega Páez E. Medidas de frecuencia, riesgo e impacto. En: *Medicina Basada en la Evidencia Lo que siempre quiso saber la evidencia aplicada a la práctica clínica sin morir en el intento*. Madrid: Lua Ediciones; 2024. p. 269–77.