

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Tabla Suplementaria 1. Lista PRISMA

Sección/tema	Ítem #	Checklist item	Ubicación donde el ítem es reportado
TÍTULO			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática	Página 1
RESUMEN			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes	Página 2-3
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes	Página 4
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	Página 4
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	Página 5
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	Página 5
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	Página 31-33
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Página 5
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Página 5
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los resultados para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada dominio de resultados en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	Página 5
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las que se solicitaron datos (por ejemplo, características	Página 5

Sección/tema	Ítem #	Checklist item	Ubicación donde el ítem es reportado
		de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier suposición hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Página 6
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, relación de riesgo, diferencia media) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados	Página 5-6
Métodos de síntesis	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis	Página 6
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.	Página 6
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis	Página 6
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y los paquetes de software utilizados.	Página 5-6
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio	Página 5-6
	13f	Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fuerza de los resultados sintetizados.	Página 5-6
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describir cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	Página 5 Página 36-37 (Tabla S4)
Evaluación de la certeza	15	Describir cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un resultado.	Página 5
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describir los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).	Página 7 Página 17 (figura 1)
	16b	Citar estudios que cumplieran muchos criterios de inclusión, pero no todos ('casi perdidos') y explicar por qué fueron excluidos.	Página 7 Página 34-35 (Tabla S3)

Sección/tema	Ítem #	Checklist item	Ubicación donde el ítem es reportado
Características de los estudios	17	Citar cada estudio incluido y muestre sus características.	Página 7 Página 18-20 (Tabla 1)
Riesgo de sesgo de los estudios	18	Evaluación actual del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.	Página 16 Página 39 (Tabla 2)
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	Página 7-8
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	Página 7 Página 23 - 24 (Tabla 3)
	20b	Presentar los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metaanálisis, presente para cada estimación de resumen y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	Página 25-26 Página 38-41 (Tabla S5)
	20c	Presentar resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	Página 23 - 24 (Tabla 3)
	20d	Presentar los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	Página 23 - 24 (Tabla 3) Página 38-41 (Tabla S5)
Reportar sesgos	21	Evaluaciones actualizadas de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada	Página 9
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en el cuerpo de prueba de cada resultado evaluado.	Página 9 Página 43-50 (S6-S22)
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	Página 10
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	Página 12
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	Página 12
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	Página 10-12
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	Página 5
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo	Página 5

Sección/tema	Ítem #	Checklist item	Ubicación donde el ítem es reportado
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	-
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	Página 12
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	Página 12
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios de recopilación de datos de plantilla; datos extraídos de estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión	Página 13-16

Tabla Suplementaria 2: Estrategia de búsqueda

PUBMED

#1 (47,714)	"diabetic foot"[Mesh] OR (Diabet*[tiab] AND (foot[tiab] OR feet[tiab] OR ulcer*[tiab] OR lesion*[tiab]))
#2 (58,327)	"Amputation, Surgical"[Mh] OR amputation*[tiab] OR reamputation*[tiab]
#3 (1,355,346)	"latin america"[Mh] OR "latin america"[tiab] OR caribbean region[Mh] OR "caribbean region"[tiab] OR south america [Mh] OR "south america"[tiab] OR "indians, south american" [Mh] OR hispanoamerica*[tiab] OR Iberoamérica*[tiab] OR Panamerican*[tiab] or argentina[Mh] OR Argentina[PL] OR Argentina[tiab] OR Argentin*[ad] OR bolivia[Mh] OR Bolivia[tiab] OR Bolivia[PL] OR Bolivia[ad] OR brazil[Mh] OR Brazil[tiab] OR Brazil[PL] OR Braz*[ad] OR Brasil*[ad] OR chile[Mh] OR Chile[tiab] OR Chile[PL] OR colombia[Mh] OR Colombia[tiab] OR Colombia[ad] OR Colombia[PL] OR "costa rica"[Mh] OR "Costa rica"[tiab] OR "Costa rica"[PL] OR Costa Ric*[ad] OR "cuba"[Mh] OR Cuba[tiab] OR Cuba[PL] OR "ecuador"[Mh] OR Ecuador[tiab]OR Ecuador[PL] OR Ecuador*[ad] OR "el salvador"[Mh] OR "El salvador"[tiab] or Ecuador[tiab] OR Ecuador[PL] OR "guatemala"[Mh] OR Guatemala[tiab] or Guatemala[ad] OR Guatemala[PL] OR "haiti"[Mh] OR Haiti[tiab] OR Haiti[PL] OR "honduras"[Mh] OR Honduras[tiab] OR Honduras[PL] OR "mexico"[Mh] OR Mexico[tiab] OR Mexico[ad] OR Mejiico[ad] OR Mexico[PL] OR Nicaragua[Mh] OR Nicaragua[tiab] OR Nicaragua[PL] OR "panama"[Mh] OR Panama[tiab] OR Panama[PL] OR "paraguay"[Mh] OR Paraguay[tiab] OR Paraguay[ad] OR Paraguay[PL] OR Peru[Mh] OR Peru[tiab] OR Peru*[ad] OR Peru[PL] OR "puerto rico"[Mh] OR "puerto rico"[tiab] OR "Puerto Rico"[ad] OR "Puerto Rico"[PL] OR "dominican republic"[Mh] OR "dominican republic"[tiab] OR "Dominican Republic"[ad] OR "Dominican Republic"[PL] OR "uruguay"[Mh] OR Uruguay[tiab] OR Uruguay[ad] OR Uruguay[PL] OR "venezuela" [Mh] OR Venezuela [tiab] OR Venezuela[ad] OR Venezuela[PL] OR "suriname"[Mh] OR Suriname[tiab] OR Surinam*[ad] OR Surinam*[PL] OR Guiana*[tiab] OR Guiana*[ad] OR Guyan*[tiab] OR Guyan*[ad] OR Guyan*[PL]
#4(302)	#1 AND #2 AND #3

SCOPUS

#1 (34,324)	TITLE-ABS-KEY (diabet* W/3 (foot OR feet OR ulcer* OR lesion*))
#2 (80,704)	TITLE-ABS-KEY (Amputation*)
#3 (379,373)	TITLE-ABS-KEY(argentina OR bolivia OR brazil OR chile OR colombia OR "Costa Rica" OR chile OR colombia OR cuba OR ecuador OR "El Salvador" OR guatemala OR haiti OR honduras OR mexico OR nicaragua OR panama OR paraguay OR peru OR "Puerto Rico" OR "Dominican Republic" OR uruguay OR venezuela OR "Latin America" OR "South America" OR iberoamerica OR caribbean OR suriname OR Guiana* OR Guyan*) OR AFFILCOUNTRY (argentina OR bolivia OR brazil OR chile OR colombia OR "Costa Rica" OR chile OR colombia OR cuba OR ecuador OR "El Salvador" OR guatemala OR haiti OR honduras OR mexico OR nicaragua OR panama OR paraguay OR peru OR "Puerto Rico"

	OR "Dominican Republic" OR uruguay OR venezuela OR "Latin America" OR "South America" OR iberoamerica OR caribbean OR suriname OR Guiana* OR Guyan*)
#4 (465)	#1 AND #2 AND #3

WEB OF SCIENCE/ CORE COLLECTION

#1 (22,051)	(ALL=(DIABETIC) AND ALL= (foot or feet OR ulcer)) OR (ALL=(DIABETIC AND foot) OR (ALL=(Diabetic AND ulcer)))
#2 (36,756)	ALL=amputation
#3 (2,508,564)	TI=(argentina OR bolivia OR brazil OR chile OR colombia OR "Costa Rica" OR cuba OR ecuador OR "El Salvador" OR guatemala OR haiti OR honduras OR mexico OR nicaragua OR panama OR paraguay OR peru OR "Puerto Rico" OR "Dominican Republic" OR uruguay OR venezuela OR "Latin America" OR "South America" OR iberoamerica OR caribbean OR suriname) OR AK=(argentina OR bolivia OR brazil OR chile OR colombia OR "Costa Rica" OR cuba OR ecuador OR "El Salvador" OR guatemala OR haiti OR honduras OR mexico OR nicaragua OR panama OR paraguay OR peru OR "Puerto Rico" OR "Dominican Republic" OR uruguay OR venezuela OR "Latin America" OR "South America" OR iberoamerica OR caribbean OR suriname) OR KP=(argentina OR bolivia OR brazil OR chile OR colombia OR "Costa Rica" OR cuba OR ecuador OR "El Salvador" OR guatemala OR haiti OR honduras OR mexico OR nicaragua OR panama OR paraguay OR peru OR "Puerto Rico" OR "Dominican Republic" OR uruguay OR venezuela OR "Latin America" OR "South America" OR iberoamerica OR caribbean OR suriname) OR CU=(argentina OR bolivia OR brazil OR chile OR colombia OR "Costa Rica" OR cuba OR ecuador OR "El Salvador" OR guatemala OR haiti OR honduras OR mexico OR nicaragua OR panama OR paraguay OR peru OR "Puerto Rico" OR "Dominican Republic" OR uruguay OR venezuela OR "Latin America" OR "South America" OR iberoamerica OR caribbean OR suriname)
#4(273)	#1 AND #2 AND #3

EMBASE

#1 (33,822)	'diabetic foot'/exp OR (diabet* NEAR/3 (foot OR feet OR ulcer* OR lesion*)):ab,kw,ti
#2 (87,591)	'amputation'/exp OR (amputation*):ab,kw,ti
#3 (404,227)	(argentina OR bolivia OR brazil OR chile OR colombia OR "Costa Rica" OR cuba OR ecuador OR "El Salvador" OR guatemala OR haiti OR honduras OR mexico OR nicaragua OR panama OR paraguay OR peru OR "Puerto Rico" OR "Dominican Republic" OR uruguay OR venezuela OR "Latin America" OR "South America" OR iberoamerica OR caribbean OR suriname OR Guiana* OR Guyan*):ab,kw,ti
#4 (160)	#1 AND #2 AND #3

SCIELO

#1 (733)	("pie diabetico" OR "pie diabético" OR (pie AND diabet*) OR (ulcera AND diabet*) OR "pé diabético" OR (pé AND diabet*))
#2 (756)	(amputacion* or amputaçõe* OR amputación)
#3 (206)	#1 AND #2

Tabla Suplementaria 3. Escala QUADAS 2

Área	Selección de Pacientes	Prueba diagnóstica en estudio	Prueba de referencia	Flujo y cronograma
Descripción	Describe los métodos utilizados para seleccionar a los pacientes: pruebas previas, ámbito, uso previsto de la prueba en estudio	Describe la prueba, como se realizó y su interpretación	Describe la prueba de referencia, como se realizó y su interpretación,	Describe a los pacientes que no van a recibir la prueba de estudio, la prueba de referencia o que se excluyen de la tabla 2x2; describe el intervalo y cualquier intervención entre la prueba de estudio y la de referencia,
Pregunta clave	¿Es una muestra consecutiva o aleatoria?	¿Se interpretaron los resultados de la prueba sin el conocimiento de los de la prueba de referencia? Lo correcto es realizar primero la prueba de estudio	¿La prueba de referencia clasifica correctamente la enfermedad en estudio?	¿Describe el intervalo de tiempo entre las dos pruebas? ¿El intervalo de tiempo es el adecuado?
	¿Se evitó un diseño de casos y controles? ¿Se evitaron exclusiones inapropiadas?	Si se usó un punto de corte (umbral), ¿se especificó previamente?	¿Los resultados de la prueba de referencia se interpretaron independientemente de la prueba de estudio? ¿Hay algún elemento de la prueba en estudio que forme parte de la prueba de referencia?	¿Se aplicó a todos los pacientes el patrón de referencia? ¿Todos los pacientes recibieron la misma prueba de referencia independientemente del resultado de la prueba de estudio? ¿Se incluyeron todos los

				pacientes en el análisis?
Riesgo de sesgo (alto/bajo/dudoso)	¿Hay sesgo de selección de los pacientes?	¿Podría haber sesgo en la realización e interpretación de la prueba?	¿Podría haber sesgos en la realización e interpretación de la prueba?	¿El flujo de seguimiento del paciente podría haber producido algún sesgo?
Aplicabilidad (alta/baja/dudosa)	¿Hay dudas de que los pacientes incluidos y su ámbito de estudio no se ajusten a la pregunta de la revisión? Es decir, que sean diferentes de la población	¿Hay dudas de que la prueba (realización e interpretación) difiera de la pregunta de revisión? Cualquier modificación de la tecnología, interpretación o realización merma su aplicabilidad	¿Hay dudas de que la condición de estudio (enfermedad) definida por la prueba de referencia (realización e interpretación) difiera o no se ajustara a la pregunta de revisión?	-

Tabla Suplementaria 4: Razones de exclusión de artículos

N.º	Autor	Año	Título	Razón De Exclusión
1	Baumfeld D.	2018	Factors related to amputation level and wound healing in diabetic patients	No evalúa algún sistema de clasificación
2	Dutra Lma Y Col.	2019	Prognosis of the outcome of severe diabetic foot ulcers with multidisciplinary care	Desenlace inadecuado
3	East Jm	2015	Chronic neuropathic ulcer is not the most common antecedent of lower limb infection or amputation among diabetics admitted to a regional hospital in jamaica: results from a prospective cohort study	No evaluación de un sistema de clasificación
4	Escalante D.	2003	Amputación del miembro inferior por pie diabético en hospitales de la costa norte peruana 1990 – 2000: características clínico-epidemiológicas	No evaluación de un sistema de clasificación.
5	Ferreira V	2014	Consulta multidisciplinar do pé diabético - avaliação dos fatores de mau prognóstico	No evaluación de un sistema de clasificación
6	León-Jiménez F.	2021	Follow-up of patients with diabetic foot in a highly complex hospital in northern peru	Desenlace inadecuado
7	Lowe J.	2015	The guyana diabetes and foot care project: improved diabetic foot evaluation reduces amputation rates by two-thirds in a lower middle income country	No evaluación de un sistema de clasificación
8	Martínez-De Jesús,	2020	The latin american saint elian wound score system (sewss) for the triage of the diabetic foot attack	Diseño inadecuado
9	Mendes-Pino	2019	Association between critical limb ischemia, the society for vascular surgery wound, ischemia and foot infection (wifi) classification system and arterial stiffness.	Desenlace inadecuado
10	Nahar - Van Venrooij L.	2017	Wound infections and recovery time among patients with diabetic foot ulcer living in multiethnic suriname, a developing country: a retrospective cohort study among patients from the one stop shop for chronic diseases paramaribo	Desenlace inadecuado
11	Parisi Mc	2016	Baseline characteristics and risk factors for ulcer, amputation and severe neuropathy in diabetic foot at risk: the brazupa study	Diseño inadecuado
12	Parisi Mc	2008	Comparison of three systems of classification in predicting the outcome of diabetic foot ulcers in a brazilian population	Desenlace inadecuado
13	Rezende K.	2008	In hospital care for diabetic foot: a comparison between the estimated cost and the sus reimbursement	Desenlace inadecuado
14	Tapia-Rangel J.	2015	Proporción de incidencia de amputaciones en pacientes con lesiones de pie del diabético.	Desenlace inadecuado

			revisión de tres años en el hospital regional dr. valentín gómez farías en zapopan, jalisco	
15	Cabeza De Vaca, Et Al.	2010	Salvaging diabetic foot through debridement, pressure alleviation, metabolic control, and antibiotics	Desenlace inadecuado
16	Hinojosa Ca, Et Al	2016	Impacto de la revascularización y factores asociados en el salvamento de la extremidad en pacientes con pie diabético	No evaluación de un sistema de clasificación
17	Soares R. Et Al	2021	The catastrophic impact of covid-19 infection in patients with chronic limb-threatening ischemia	Desenlace inadecuado
18	Tardivo et al.	2015	Development of the tardivo algorithm to predict amputation risk of diabetic foot	Desenlace inadecuado
19	Assumpção EC et al.	2009	Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família	Desenlace Inadecuado
20	Moura Neto A et al (2013)	2013	Risk factors for ulceration and amputation in diabetic foot: study in a cohort of 496 patients	Desenlace Inadecuado
21	Sánchez	2024	Prevalencia de reamputación en amputaciones menores del pie en pacientes con pie diabético, estudio de corte transversal.	No evaluación de un sistema de clasificación
22	Sánchez	2024	Prediction model for lower limb amputation in hospitalized diabetic foot patients using classification and regression trees.	Desenlace Inadecuado
23	Lozano-Corona	2023	Revascularization prevents amputation among patients with diabetic foot during the COVID-19 era.	Desenlace inadecuado
24	Gill-Peralta	2024	Características clínicas y demográficas del pie diabético complicada con infección en un Hospital Regional de Paraguay.	No evaluación de un sistema de clasificación.
25	Carro	2024	Características clínicas y evolución de pacientes con pie diabético en argentina: estudio longitudinal multicéntrico.	Desenlace inadecuado
26	Castro-Santos	2023	Accuracy of the pedal acceleration time to diagnose limb ischemia in patients with and without diabetes using the Wifl classification.	Desenlace inadecuado

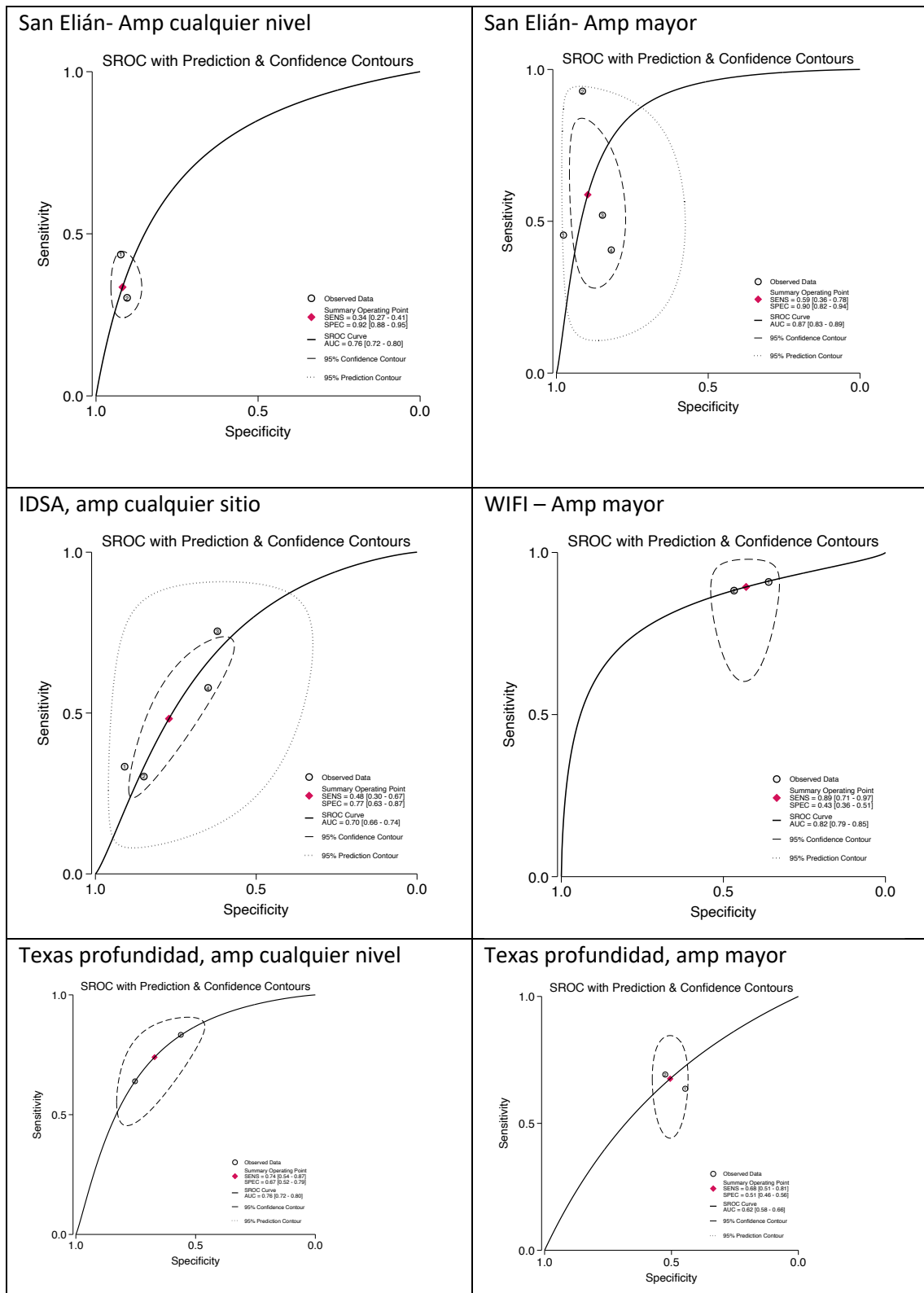
Meggit- Wagner (4-5)	22	27	22	9	0.50(0.35-0.65)	0.25(0.12-0.42)	3.41(1.64-7.07)	2.20 (1.41-3.44)	0.65 (0.46-3.44)
Prado et al., 2006, Brazil									
Meggit- Wagner (4-5)	46	35	5	13	0.90 (0.79-0.97)	0.27 (0.15-0.42)	3.42 (1.11-10.49)	1.24 (1.02-1.50)	0.36 (0.15-0.9)
Rodriguez et al., 2013, Cuba									
Meggit-Wagner (3-5)	5	17	0	19	1.00 (0.48-1.00)	0.53 (0.35-0.70)	NC	2.12 (1.50-2.99)	0
Meggit- Wagner (4-5)	4	8	1	28	0.80 (0.28-0.99)	0.78 (0.61-0.90)	9.50 (0.91-98.81)	2.70 (1,30-5.59)	0.28 (0.05-1-70)
Yovera et al 2024, Perú									
Meggit-Wagner (3-5)	36	133	1	22	0.97 (0.86-1.00)	0.14 (0.09 – 0.21)	5.95 (0.78-45.69)	1.13 (1.04-1.23)	0.19 (0.03-1.36)
Meggit- Wagner (4-5)	29	68	8	87	0.78 (0.56 -0.90)	0.46 (0.25 – 0.69)	4.64 (1.99-10.79)	1.79 (1.40-2.28)	0.39 (0.20-0.73)
San Elian ^e	15	28	22	127	0.41 (0.25- 0.58)	0.82 (0.75-0.88)	5.83 (2.24-15.18)	2.68(1.73-4.16)	0.46 (0.26-0.83)
IDSA ^a	19	28	18	127	0.51 (0.34 - 0.68)	0.82 (0.75 – 0.88)	3.28(1.51-7.10)	2.11(1.35-3.31)	0.64(0.44-0.93)
Amputación a cualquier nivel									
Aragón et al., 2022, Costa Rica									
IDSA ^a	48	41	35	76	0.58 (0.46-0.69)	0.65(0.56-0.74)	2.54 (1.43-4.53)	1.65(1.21-2.24)	0.65(0.48-0.87)
Carro et al., 2020, Argentina									
Texas profundidad ^b	20	32	4	41	0.83(0.64-0.93)	0.56(0.45-0.67)	6.61(2.05-21.32)	1.94 (1.41-2.67)	0.29 (0.12-0.7)
Texas circulación ^c	14	18	10	55	0.58(0.39-0.76)	0.75(0.64-0.84)	4.28(1.62-11.29)	2.37(1.40-4.00)	0.55(0.33-0.92)
Texas infección ^d	21	50	3	23	0.88(0.69-0.96)	0.32(0.22-0.43)	3.22(0.87-11.89)	1.28(1.03-1.59)	0.40(0.13-1.21)
Cervantes et al., 2017, México									
IDSA ^a	15	5	30	50	0.33(0.20-0.49)	0.91(0.80-0.97)	5.00(1.65-15.15)	3.67(1.44-9.31)	0.73(0.57-0.94)

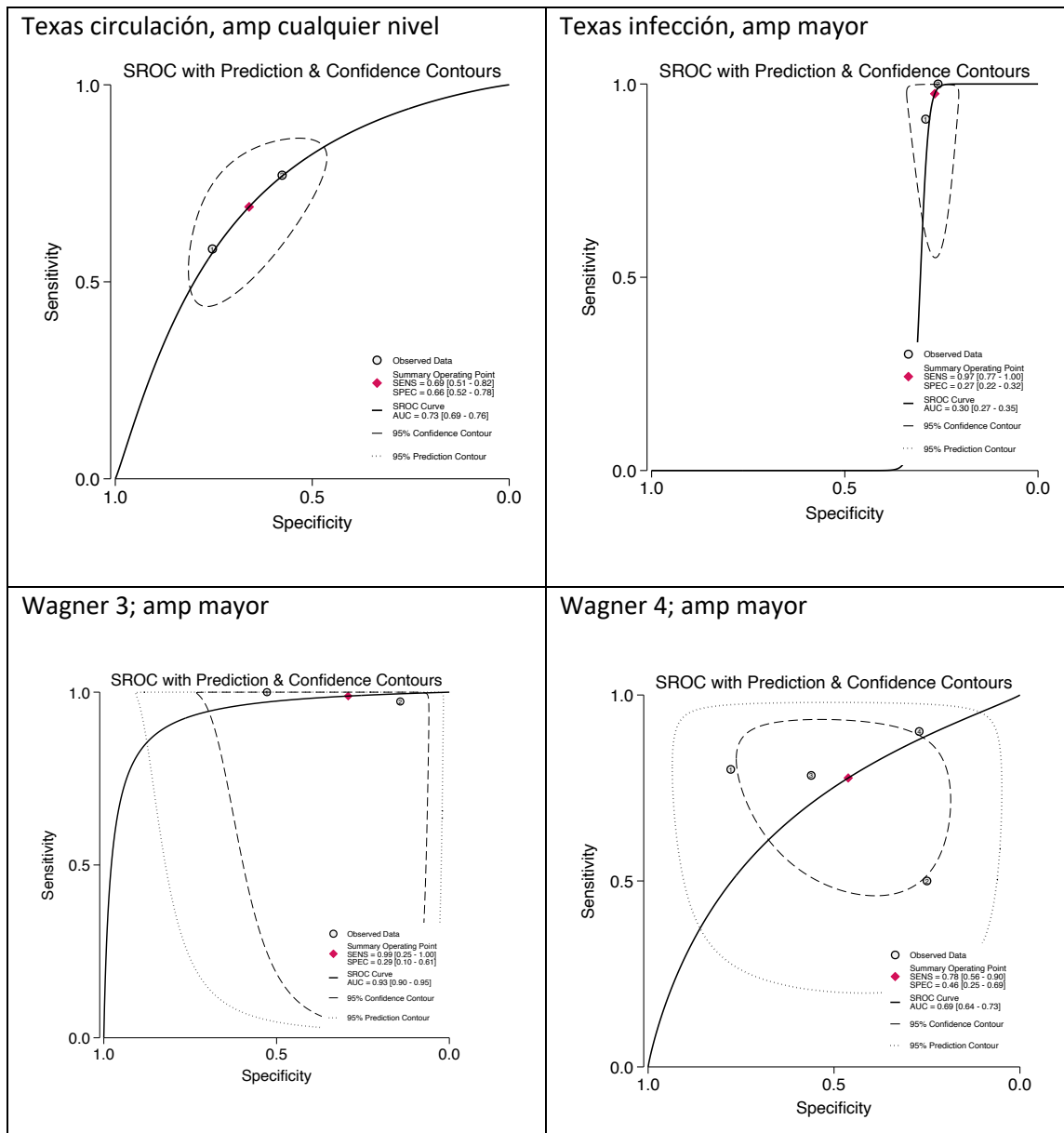
Meggitt-Wagner (3-5)	45	48	0	7	1.0 (0.92-1.0)	0.13 (0.05-0.24)	NC	1.15(1.04-1.27)	0.00
Meggitt- Wagner (4-5)	31	23	14	32	0.69 (0.53-0.82)	0.58 (0.44-0.71)	3.08 (1.35-7.05)	1.65(1.14-2.38)	0.53(0.33-0.87)
Martínez-et al. 2010, México									
San Elián ^e	17	15	22	181	0.44(0.29-0.59)	0.92 (0.88-0.95)	9.32 4.09-21.24)	5.70 (3.12-10.41)	0.61(0.46-0.82)
Mendoza et al., 2017, México									
Meggitt-Wagner (3-5)	25	7	1	21	0.96 (0.80-1.0)	0.75 (0.55-0.89)	75.00 (8.53-659.61)	3.85(2.02-7.34)	0.05(0.01-0.35)
Nunes et al., 2006, Brazil									
Meggitt- Wagner (4-5)	37	12	7	24	0.84 (0.70-0.93)	0.67(0.490-0.81)	10.57 (3.65-30.65)	2.52 (1.56-4.07)	0.24 (0.12-0.48)
Iribarren et al., 2007, Chile									
Meggitt-Wagner (3-5)	47	13	38	19	0.55 (0.44-0.66)	0.59 (0.41-0.76)	1.81 (0.79-4.12)	1.36(0.86-2.16)	0.75 (0.55-1.03)
Meggitt- Wagner (4-5)	10	1	75	31	0.12 (0.06-0.21)	0.97 (0.84-1.0)	4.13 (0.51-33.68)	3.76(0.50-28.24)	0.91(0.80-1.04)
Pachón et al, 2024, Panamá									
IDSA ^a	46	110	15	180	0.75 (0.63 – 0.86)	0.62 (0.56 – 0.68)	5.02(2.67-9.41)	1.99(1.62-2.44)	0.40(0.25-0.63)
Texas profundidad ^b	39	63	22	192	0.64 (0.51-0.76)	0.75 (0.70-0.80)	5.40(2.98-9.80)	2.59(1.95-3.44)	0.48(0.34-0.68)
Texas circulación ^c	47	108	14	147	0.77 (0.65-0.87)	0.58 (0.51-0.64)	4.57(2.39-8.72)	1.82(1.49-2.22)	0.4(0.25-0.64)
Rodriguez et al., 2013, Cuba									
Meggitt-Wagner (3-5)	14	8	3	16	0.82 (0.57-0.96)	0.67 (0.45-0.84)	9.33 (2.07-42.18)	2.47(1.35-4.53)	0.26(0.09-0.77)
Meggitt- Wagner (4-5)	9	3	8	21	0.53 (0.28-0.77)	0.88 (0.68-0.97)	6.0 (1.26-28.50)	3.35 (1.08-13.37)	0.54(0.31-0.93)
Sanchez et al., 2022, Colombia									
Meggitt-Wagner (3-5)	67	24	12	14	0.85 (0.75-0.92)	0.37 (0.22-0.54)	3.26 (1.32-8.02)	1.34(1.04-1.74)	0.41(0.23-0.74)

Meggitt- Wagner (4-5)	53	12	26	26	0.67 (0.56-0.77)	0.68 (0.51-0.82)	4.42 (1.93-10.12)	2.12(1.30-3.48)	0.48(0.34-0.69)
Valdes et al., 2023, Ecuador									
Meggitt- Wagner (4-5)	41	0	25	64	0.62 (0.49-0.74)	1.0 (0.94-1.0)	NC	3.56 (2.55-4.96)	0.00
Verrone et al., 2016, Brazil									
Meggitt- Wagner (4-5)	52	23	9	16	0.85 (0.74-0.93)	0.41 (0.26-0.58)	4.02(1.55-10.42)	1.45(1.09-1.92)	0.36(0.19-0.70)
Yovera, 2024, Perú									
Meggitt-Wagner (3-5)	11 4	55	5	18	0.91 (0.73 – 0.97)	0.25 (0.15 - 0.36)	7.46(2.63-21.15)	1.27(1.11-1.46)	0.17(0.07-0.42)
Meggitt- Wagner (4-5)	77	20	42	53	0.63 (0.44 – 0.78)	0.82 (0.60 - 0.93)	4.86(2.57-9.19)	2.36(1.59-3.51)	0.49(0.37-0.64)
San Elian (severo)	36	7	83	66	0.30 (0.22 -0.39)	0.90 (0.81 - 0.96)	4.09(1.71-9.78)	3.15(1.48-6.71)	0.77(0.66-0.90)
IDSA (severo)	36	11	83	62	0.30 (0.22-0.39)	0.85 (0.75 - 0.92)	2.44(1.15-5.18)	2.01(1.09-3.69)	0.82(0.69-0.97)

NC: no calculado

Figura Suplementaria 1. SROC de las escalas San Elián, IDSA, Texas, WIFI y Meggit Wagner





El AUROC sumariado no pudo ser calculado para texas circulación para amputación mayor, ni para IDSA amputación mayor, por problemas de asimetría. La escala WIFI para el desenlace amputación mayor, no presentó estudios

IDSA

Tabla Suplementaria 6: Pregunta 1: ¿Debería usarse IDSA para diagnosticar amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.55 (95% CI: 0.41 a 0.68)	Prevalencias 13%
Especificidad	0.68 (95% CI: 0.63 a 0.73)	

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 13%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 392 pacientes	Estudio de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	No es serio	ninguno	6 (5 a 7)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								7 (6 a 8)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								64 (57 a 69)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								23 (18 a 30)	

a. Estudio único o insuficientes

Tabla Suplementaria 7: Pregunta 2: ¿Debería usarse IDSA para diagnosticar amputación a cualquier nivel en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.48 (95% CI: 0.30 a 0.67)
Especificidad	0.77 (95% CI: 0.63 a 0.87)

Prevalencias	36.5%
--------------	-------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia				Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación		Probabilidad pre-test de 36.5%
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	4 estudios 843 pacientes	Estudio de tipo cohorte	Serio ^a	No es serio	No evaluable ^a	Serio ^b	ninguno	18 (15 a 20)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								19 (17 a 22)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								46 (42 a 50)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								18 (14 a 22)	

a. No se pudo calcular por ser estudio único o tener estudios insuficientes. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5

Texas profundidad

Tabla Suplementaria 8: Pregunta 3: ¿Debería usarse Texas profundidad para diagnosticar amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.68 (95% CI: 0.51 a 0.81)
Especificidad	0.51 (95% CI: 0.46 a 0.56)

Prevalencias	8.9%
--------------	------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 8.9%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 415 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte)	Serio	No es serio	No evaluable ^a	No es serio	Ninguno	6 (5 a 7)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								3 (2 a 4)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								46 (42 a 51)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								45 (40 a 49)	

a: No se pudo calcular por ser estudio único o tener estudios insuficientes.

Tabla Suplementaria 9: Pregunta 4: ¿Debería usarse Texas profundidad para capacidad diagnóstica en amputación a cualquier nivel en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.69 (95% CI: 0.59 a 0.79)
Especificidad	0.71 (95% CI: 0.66 a 0.76)

Prevalencias	20.6%
--------------	-------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 20.6%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 413 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	No es serio	ninguno	10 (8 a 12)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								11 (9 a 13)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								58 (52 a 63)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								21 (16 a 27)	

a: Estudio único o insuficientes.

Texas isquemia

Tabla Suplementaria 10: Pregunta 5: ¿Debería usarse Texas Isquemia para diagnosticar amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.70 (95% CI: 0.54 a 0.83)
Especificidad	0.67 (95% CI: 0.62 a 0.72)

Prevalencias 9%

Desenlace	No de estudios (No de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 9%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 411 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	No es serio ^a	ninguno	6 (5 a 7)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								3 (2 a 4)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								61 (56 a 66)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								30 (25 a 35)	

a. Estudio único o insuficientes. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5

Tabla Suplementaria 11: Pregunta 6: ¿Debería usarse Texas Isquemia para diagnosticar amputación a cualquier nivel en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.72 (95% CI: 0.61 a 0.80)
Especificidad	0.62 (95% CI: 0.56 a 0.67)

Prevalencias	20.6%
--------------	-------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested Probabilidad pre-test de 24,7%	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación		
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 413 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	10 (8 a 12)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								11 (9 a 13)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								58 (52 a 63)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								21 (16 a 27)	

a. Estudio único o insuficientes.

Texas Infección

Tabla Suplementaria 12: Pregunta 7: ¿Debería usarse Texas infección para diagnosticar amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.97 (95% CI: 0.83 a 1.00)
Especificidad	0.27 (95% CI: 0.22 a 0.31)

Prevalencias	9%
--------------	----

Desenlace	No de estudios (No de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 9%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 409 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	Serio ^b	Ninguno	9 (7 a 9)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								0 (0 a 2)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								25 (20 a 28)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								66 (63 a 71)	

a: No se pudo calcular por ser estudio único o tener estudios insuficientes. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5 en su límite inferior

Tabla Suplementaria 13: Pregunta 8: ¿Debería usarse Texas Infección para diagnosticar amputación a cualquier nivel en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.88 (95% CI: 0.69 a 0.96)
Especificidad	0.32 (95% CI: 0.22 a 0.43)

Prevalencias	24.7%
--------------	-------

Desenlace	No de estudios (No de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 24.7%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	1 estudio 97 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	Serio ^a	Ninguno	22 (17 a 24)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								3 (1 a 8)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								24 (17 a 32)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								51(43 a 58)	

a. Estudio único o insuficientes. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5

San Elián

Tabla Suplementaria 14: Pregunta 9: ¿Debería usarse San Elian para diagnosticar amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.59 (95% CI: 0.36 a 0.78)
Especificidad	0.90 (95% CI: 0.82 a 0.94)

Prevalencias	10.5%
--------------	-------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 10.5%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	4 estudios 826 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	Serio ^a	No es serio	Ninguno	5 (4 a 6)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								6 (5 a 7)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								65 (59 a 71)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								25 (19 a 31)	

a. Heterogeneidad del metaanálisis mayor al 50%. B. No significativo

Tabla Suplementaria 15: Pregunta 10: ¿Debería usarse San Elián para diagnosticar amputación a cualquier nivel en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.34 (95% CI: 0.27-0.41)
Especificidad	0.92 (95% CI:0.88-0.95)

Prevalencias	37%
--------------	-----

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 37%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 427 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	Serio ^b	Ninguno	18 (15 a 21)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								19 (16 a 22)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								46 (42 a 50)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								17 (13 a 21)	

a. Estudio único o insuficientes. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5

WIFI

Tabla Suplementaria 16: Pregunta 11: ¿Debería usarse WIFI para diagnosticar en amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.89 (95% CI: 0.72 a 0.97)
Especificidad	0.43 (95% CI: 0.38 a 0.49)
Prevalencias	9%

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 9%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	2 estudios 311 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	Serio ^b	Ninguno	8 (6 a 9)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								1 (0 a 3)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								39 (35 a 45)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								52 (46 a 56)	

a: No se pudo calcular por ser estudio único o tener estudios insuficientes. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5

WAGNER 3

Tabla Suplementaria 17: Pregunta 12: ¿Debería usarse Wagner 3 para capacidad diagnóstica en amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.98 (95% CI: 0.85 a 1.0)
Especificidad	0.21 (95% CI: 0.16 a 0.28)

Prevalencias 27.0%

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 27%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	3 estudios 345 pacientes	Estudio preciso de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	No es serio	ninguno	15 (11 a 18)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								12 (9 a 16)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								50 (46 a 53)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								23 (20 a 27)	

a. Estudio único o insuficientes.

Tabla Suplementaria 18: Pregunta 13: ¿Debería usarse Wagner 3 para capacidad diagnóstica en amputación a cualquier nivel en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.91 (95% CI: 0.73 a 0.97)
Especificidad	0.43 (95% CI: 0.25 a 0.64)

Prevalencias	59.7%
--------------	-------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 58.7%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	6 estudios 621 pacientes	Estudio de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	Serio ^b	Ninguno	33 (24 a 41)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								27 (19 a 36)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								27 (25 a 29)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								13 (11 a 15)	

a: Heterogeneidad del metaanálisis mayor al 50%. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5

WAGNER 4

Tabla Suplementaria 19: Pregunta 14: ¿Debería usarse Wagner 4 para capacidad diagnóstica en amputación mayor en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.78 (95% CI: 0.56 a 0.9)
Especificidad	0.46 (95% CI: 0.25 a 0.09)

Prevalencias	27.9%
--------------	-------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 27.9%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	4 estudios 409 pacientes	Estudio de tipo cohorte	Serio	No es serio	No evaluable ^a	Serio ^b	Ninguno	16 (12 a 20)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								14 (10 a 18)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								48 (44 a 51)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								22 (19 a 26)	

a: Heterogeneidad del metaanálisis mayor al 50%. b. Presenta una sensibilidad o especificidad con un valor menor de 0.5

Tabla Suplementaria 20: Pregunta 15: ¿Debería usarse Wagner 4 para capacidad diagnóstica en amputación a cualquier nivel en pacientes con pie diabético?

Sensibilidad	0.63 (95% CI: 0.44 a 0.78)
Especificidad	0.82 (95% CI: 0.60 a 0.93)

Prevalencias	58.2%
--------------	-------

Desenlace	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Effect per 1,000 patients tested	QoE de precisión del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad pre-test de 58.2%	
Verdaderos positivos (Pacientes con Amputación a cualquier nivel)	8 estudios 874 pacientes	Estudio de tipo cohorte	Serio	No es serio	Serio ^a	No es serio ^a	Ninguno	32 (24 a 40)	⊕○○○ Muy Baja
Falsos negativos (Pacientes incorrectamente pronosticados para no presentar Amputación a cualquier nivel)								26 (18 a 34)	
Verdaderos negativos (Pacientes sin Amputación a cualquier nivel)								28 (26 a 31)	
Falsos positivos (Pacientes pronosticados incorrectamente para Amputación a cualquier nivel)								14 (11 a 16)	

a: Heterogeneidad del metaanálisis mayor al 50%.