

Anexo N° 4: Selección de recomendaciones trazadoras para evaluar la adherencia a la GPC

Para la priorización de recomendaciones trazadoras, el GEG valoró las recomendaciones de la GPC, por cada criterio: impacto clínico en el paciente, impacto en el proceso de atención y costos de implementación, asignándose puntajes a cada una de las recomendaciones del 1 al 5, como se detalla:

Criterio	Definición operacional	Valoración y Ponderación
Impacto clínico en el paciente	Se refiere a las consecuencias de la implementación de la recomendación sobre los problemas de salud del paciente. <i>Por ejemplo, si la implementación de un enunciado mejorará de forma importante la supervivencia de los pacientes, este enunciado tendrá un impacto muy alto.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto: 5 • Alto: 4 • Medio: 3 • Bajo: 2 • Muy bajo: 1
Impacto en el proceso de atención	Se refiere a qué tanto va a impactar la implementación de la recomendación en la atención del paciente. <i>Por ejemplo: Si la intervención tiene un alcance mayor, es decir que podría implementarse en una gran cantidad de establecimientos de salud y favorecer a una gran cantidad de pacientes, el puntaje es mayor.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto: 5 • Alto: 4 • Medio: 3 • Bajo: 2 • Muy bajo: 1
Costos de implementación	Se refiere a la estimación de costos que generaría la implementación de la recomendación. Mientras más costosa sería la implementación de la recomendación, el puntaje que se asigna es menor; y viceversa.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto: 5 • Alto: 4 • Medio: 3 • Bajo: 2 • Muy bajo: 1

Se promediaron los puntajes asignados por cada criterio, se sumaron, y se adicionó el puntaje correspondiente, en función al tipo de enunciado:

Tipo de enunciado	Se refiere al tipo de recomendación según lo explicitado en la GPC.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Tecnología Sanitaria: 5 • Recomendación fuerte: 4 • Recomendación condicional: 3 • Buena práctica clínica: 2
--------------------------	---	---

Posterior a la valoración, se ordenaron las recomendaciones de mayor a menor puntaje, identificándose las recomendaciones trazadoras, las cuales están resaltadas en color azul:

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
Diagnostico	Pregunta 2: En niños menores de 5 años con diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa disenterica, sugerimos no realizar la reacción inflamatoria en heces como prueba diagnóstica de etiología bacteriana. Consideración:	3.31	3.62	4.38	3.00	14.31

1. Los siguientes elementos pueden orientar hacia la sospecha de una diarrea disintérica (con sangre), de probable origen bacteriano, una vez descartado otras causas infecciosas. No se requiere la presencia simultánea de todas las características descritas a continuación.

Tabla 2. Características que sugieren una diarrea disintérica (con sangre) *

Dimensión	Elementos
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> Diarrea con sangre, con o sin moco. Fiebre cuantificada y persistente. Dolor abdominal intenso, a veces localizado. Tenesmo rectal. Síntomas asociados menos frecuentes: somnolencia, rechazo a la vía oral, irritabilidad marcada.
Evolución	<ul style="list-style-type: none"> Generalmente curso más prolongado, con recaídas o empeoramiento. Duración habitual mayor de 7 días. Puede requerir antibioticoterapia **, según agente y la gravedad del cuadro. Complicaciones posibles: deshidratación moderada o severa, bacteriemia (p. ej., <i>Salmonella</i> entérica no tifoidea), o síndrome urémico hemolítico (SUH) (en infecciones por <i>E. coli</i> enterohemorrágico [EHEC/STEC], especialmente serotipo O157:H7).
Contexto epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> Agentes bacterianos más frecuentes: <i>Shigella</i> spp., <i>Salmonella</i> entérica no tifoidea, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>E. coli</i> enterohemorrágico (EHEC/STEC, especialmente serotipo O157:H7) y <i>E. coli</i> enteroinvasiva (EIEC). Exposición a alimentos de riesgo (lácteos no pasteurizados, carnes mal cocidas, huevos crudos, alimentos preparados en condiciones de insalubridad). Consumo de agua no segura o exposición a fuentes contaminadas (transmisión fecal-oral). Brotos familiares o institucionales (guarderías, escuelas), especialmente asociados a <i>Shigella</i> spp.. Antecedente de viajes recientes o a zonas con condiciones sanitarias deficientes. Contacto con animales domésticos o de granja (aves, cerdos), asociado a infecciones

		por <i>Salmonella</i> entérica no tifoidea o <i>Campylobacter jejuni</i> .					
		<p>*La presencia de estas características aumenta la probabilidad de una diarrea disintérica de etiología bacteriana, pero no constituye un criterio diagnóstico único ni excluyente.</p> <p>** En algunos casos de infección bacteriana, no se brinda el uso de antibiótico, como en infecciones por <i>E. coli</i> enterohemorrágico (EHEC/STEC, especialmente serotipo O157:H7), debido al riesgo de desarrollar SUH.</p>					
		Recomendación condicional en contra Certeza: Baja (⊕⊕⊕⊖)					
Diagnostico	<p>Pregunta 1: En niños menores de 5 años con diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa con sospecha de etiología viral, el diagnóstico debe basarse principalmente en la evaluación clínica, la evolución del cuadro y el contexto epidemiológico. No está indicado el uso de forma rutinaria de pruebas rápidas de detección de antígeno para rotavirus y/o adenovirus.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <p>1. El uso de pruebas rápidas de antígeno de rotavirus y/o adenovirus podrían considerarse en situaciones específicas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuadros que requieren hospitalización, tales como:<ul style="list-style-type: none">○ Diarrea acuosa profusa o de alto flujo (10 mL/kg/hora).○ Vómitos persistentes (>3 episodios en 12 horas) con riesgo de deshidratación moderada o severa*, intolerancia a la vía oral, alteración del sensorio o rechazo alimentario por hiporexia o náuseas.○ Progresión de la deshidratación pese a una rehidratación adecuada, o presencia de otras complicaciones asociadas a diarrea complicada, donde el rotavirus suele ser un agente causal frecuente.• Situaciones de brote en instituciones cerradas (guarderías, escuelas, hospitales o residencias), donde la identificación del agente viral contribuya al control epidemiológico.• En el marco de la vigilancia epidemiológica nacional de las enfermedades diarreicas agudas. <p>* Según la clasificación mencionada en la <u>GPC de Rehidratación y fluidoterapia en niños y adolescentes</u> (11).</p> <p>2. Luego de haber descartado otras causas, los siguientes elementos pueden orientar hacia una causa viral. No se requiere la presencia simultánea de todas estas características.</p>	3.77	4.08	4.38	2.00	14.23	
	Tabla 1. Características que sugieren una etiología viral*						
	Dimensión	Elementos					
	Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Diarrea acuosa abundante, sin sangre.• Inicio súbito acompañado de vómitos frecuentes.• Fiebre cuantificada, habitualmente no persistente.					

		<ul style="list-style-type: none">Síntomas asociados menos frecuentes: irritabilidad, anorexia, o síntomas respiratorios altos (p. ej. rinorrea, antecedente de adenopatías).					
	Evolución	<ul style="list-style-type: none">Generalmente curso autolimitado.Duración habitual de 3 a 7 días.Resolución con hidratación y medidas de soporte.					
	Contexto epidemiológico	<ul style="list-style-type: none">Edad menor de 5 años (especialmente menores de 2 años).Mayor incidencia durante los meses de invierno y comienzo de primavera.Presencia de casos similares en el entorno familiar, guardería, escuela u hospital.Antecedente de contacto reciente con otros niños con diarrea y/o vómitos.Esquema de vacunación incompleto contra rotavirus.					
	*La presencia de estas características aumenta la probabilidad de una etiología viral, pero no constituye un criterio diagnóstico único ni excluyente.						
	Buena práctica clínica						
Tratamiento	<p>Pregunta 6: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, recomendamos no brindar antidiarreicos (loperamida).</p> <p><i>Consideración:</i> La terapia de rehidratación debe ser siempre priorizada. Es la intervención esencial y salva vidas en el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años con deshidratación o desnutrición.</p> <p>Recomendación fuerte en contra Certeza: Moderada (⊕⊕⊕⊖)</p>		4.00	3.69	4.46	4.00	16.15
Tratamiento	<p>Pregunta 3.2 (*): En niños de 6 a 59 meses con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, sugerimos administrar 5 o 10 mg/día de sulfato de zinc por vía oral como tratamiento adyuvante durante 14 días, independientemente de la duración de la diarrea, en lugar de 20 mg/día de sulfato de zinc.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <p>1. Considere administrar preferentemente la dosis de 5 mg/día de sulfato de zinc por vía oral, si se dispone de la presentación de jarabe. En caso de no estar disponible, se puede optar por administrar la dosis de 10 mg/día de sulfato de zinc por vía oral, a partir de la presentación en tabletas, de acuerdo con las siguientes indicaciones:</p>		3.85	3.54	3.62	3.00	14.00
Presentación	Dosis	Duración					
Jarabe: equivalente 10 mg Zn/ 5 ml	5 mg/día = 2.5 ml (½ cucharadita de medida) por vía oral	14 días					

	Tableta: equivalente 20 mg Zn	10 mg/día= ½ tableta diluida en 5 – 10 ml de agua o leche materna por vía oral	14 días					
	2. En caso de que el niño reciba otros medicamentos adicionales, considere administrar el sulfato de zinc como tratamiento adyuvante en horarios separados para minimizar posibles interacciones que puedan afectar su absorción y biodisponibilidad, teniendo en cuenta dejar un intervalo de dos horas antes o después de su administración.							
	Recomendación condicional a favor Certeza: Moderada (⊕⊕⊕⊖)							
Tratamiento	Pregunta 5 (*): En niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda infecciosa, vómitos persistentes y signos de deshidratación, el uso rutinario de antieméticos (dimenhidrinato) no está indicado. El abordaje clínico debe seguir los siguientes escenarios clínicos: <ul style="list-style-type: none"> Si el niño presenta tolerancia oral, el médico tratante debe mantener la rehidratación oral supervisada, administrando volúmenes pequeños y frecuentes de solución de rehidratación oral (SRO). Se recomienda ofrecer aproximadamente de 5 a 15 mL cada 3 a 5 minutos, lo que mejora la tolerancia gastrointestinal y favorece una rehidratación efectiva. En caso de vómitos persistentes (>3 en 12 horas) no relacionados a otra causa ajena a la diarrea aguda infecciosa, indicar un reposo gástrico breve de 20 a 30 minutos, tras el cual puede reanudarse la administración fraccionada de SRO. Si es que el paciente presenta deshidratación moderada a severa, no presenta tolerancia oral y los vómitos persisten, el médico tratante debe considerar la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) u orogástrica (SOG) según la edad, para administración de la SRO; siempre que no existan signos de shock, alteración del estado mental o íleo. En caso existan estos últimos casos, iniciar terapia de hidratación intravenosa (IV), según disponibilidad de recursos y la condición clínica del paciente. La decisión de la elección del tratamiento debe ser individualizada y basada en una evaluación clínica integral, considerando la severidad de la deshidratación, la frecuencia e intensidad de los vómitos y de la diarrea, y la respuesta a las medidas iniciales de rehidratación.			3.69	3.54	4.23	2.00	13.46
	Buena práctica clínica							
Tratamiento	Pregunta 7.1.: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea aguda acuosa* , independientemente de la deshidratación; recomendamos no brindar antibioticoterapia empírica de forma rutinaria. * Para mayor detalle ver la Tabla 1 acerca de las características de etiología viral, considerando clínica, evolución y contexto epidemiológico de cada paciente. Los agentes más frecuentes son de origen viral, principalmente Rotavirus, Adenovirus, Norovirus, Astrovirus.			3.92	3.85	4.46	4.00	16.23

	Con menor frecuencia, pueden identificarse a agentes bacterianos como <i>E. coli</i> enterotoxigénica (ETEC), <i>E. coli</i> enteropatógena (EPEC), <i>E. coli</i> enteroagregativa (EAEC).											
	Recomendación fuerte en contra Certeza: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)											
Tratamiento	Pregunta 4: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, sugerimos continuar o reintroducir de forma temprana (tan pronto como se tolere la vía oral) la alimentación habitual apropiada para la edad, en lugar de suspenderla o reintroducirla tardíamente. <i>Consideraciones:</i> 1. Continuar o reintroducir la alimentación tan pronto como el niño tolere la vía oral, lo cual puede ocurrir durante la fase de rehidratación oral, inmediatamente después de esta, o desde el inicio del episodio de diarrea o gastroenteritis en los casos sin deshidratación. 2. Respecto a la alimentación, considerar lo siguiente: <table><tr><td>En menores de 6 meses</td><td>Mantener la lactancia materna exclusiva.</td></tr><tr><td>Entre los 6 meses y menores de 2 años</td><td>Continuar la lactancia materna si se brinda, junto con los alimentos adecuados para su edad, incluyendo frutas y verduras adecuadamente manipuladas, administrados de forma progresiva.</td></tr><tr><td>Entre los 2 y 5 años</td><td>Continuar la lactancia materna si se brinda y mantener la dieta habitual apropiada para la edad, incluyendo frutas y verduras adecuadamente manipuladas, administrados de forma progresiva.</td></tr></table> 3. Evitar cambios innecesarios en la dieta, a menos que exista una indicación médica específica (por ejemplo, presencia de intolerancia o alergia alimentaria). Recomendación condicional a favor Certeza: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)	En menores de 6 meses	Mantener la lactancia materna exclusiva.	Entre los 6 meses y menores de 2 años	Continuar la lactancia materna si se brinda, junto con los alimentos adecuados para su edad, incluyendo frutas y verduras adecuadamente manipuladas, administrados de forma progresiva.	Entre los 2 y 5 años	Continuar la lactancia materna si se brinda y mantener la dieta habitual apropiada para la edad, incluyendo frutas y verduras adecuadamente manipuladas, administrados de forma progresiva.	3.54	3.38	4.31	3.00	14.23
En menores de 6 meses	Mantener la lactancia materna exclusiva.											
Entre los 6 meses y menores de 2 años	Continuar la lactancia materna si se brinda, junto con los alimentos adecuados para su edad, incluyendo frutas y verduras adecuadamente manipuladas, administrados de forma progresiva.											
Entre los 2 y 5 años	Continuar la lactancia materna si se brinda y mantener la dieta habitual apropiada para la edad, incluyendo frutas y verduras adecuadamente manipuladas, administrados de forma progresiva.											
Tratamiento	Pregunta 3.1.: En niños de 6 a 59 meses con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, sugerimos brindar sulfato de zinc como tratamiento adyuvante por vía oral. <i>Consideración:</i> 1. En niños menores de 6 meses con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa, considere no brindar el uso de sulfato de zinc como tratamiento adyuvante , debido a la incertidumbre en la evidencia disponible sobre su eficacia y seguridad en este grupo etario. Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊕⊕)	3.62	3.08	3.85	3.00	13.54						
Tratamiento	Pregunta 7.2.: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa disenterica* , con sospecha de etiología bacteriana , idealmente solicitar coprocultivo con antibiograma antes de brindar antibioticoterapia , siempre que las condiciones clínicas lo permitan. En caso de sospechar en amebiasis , solicitar examen parasitológico seriado en heces.	4.08	3.92	3.54	2.00	13.54						

	<p>* Para mayor detalle, ver la Tabla 2, que resumen las características clínicas, evolución y contexto epidemiológico que orientan a una etiología bacteriana (frecuentemente). Los agentes más frecuentes incluyen <i>Shigella spp.</i>, <i>Salmonella</i> entérica no tifoidea, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>E. coli</i> enterohemorrágica (EHEC/STEC, especialmente serotipo O157:H7), <i>E. coli</i> enteroinvasiva (EIEC).</p> <p>Buena práctica clínica</p>					
Tratamiento	<p>Pregunta 7.3.: En niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa disintérica con sospecha de etiología bacteriana, se sugiere iniciar antibioticoterapia empírica, de acuerdo con la severidad clínica y el contexto epidemiológico.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Tener en cuenta el uso secuencial: <p>Primera línea</p> <ul style="list-style-type: none"> Azitromicina: por vía oral, descripción de la dosis en la Tabla 3. Ceftriaxona: indicado cuando el paciente presenta intolerancia a la vía oral, vómitos persistentes o signos de compromiso general. Brindar vía intravenosa (IV), descripción de la dosis en la Tabla 3. <p>Segunda línea (alternativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacino: por vía oral, descripción de la dosis en la Tabla 3. Furazolidona: por vía oral, descripción de la dosis en la Tabla 3. Ajustar la terapia antimicrobiana según los resultados del coprocultivo y antibiograma. En pacientes que iniciaron tratamiento IV, cambiar a vía oral (con el mismo agente o equivalente según la sensibilidad antimicrobiana) cuando el paciente: <ul style="list-style-type: none"> haya recuperado el estado de hidratación, no presenta compromiso general ni signos sistémicos de gravedad, y tolera adecuadamente la vía oral. <p>Este cambio debe realizarse tan pronto como sea clínicamente posible para favorecer el alta precoz, reducir los riesgos asociados a la vía IV y promover el uso racional de antibióticos.</p> <p>Buena práctica clínica</p>	3.92	3.62	3.62	2.00	13.15
Tratamiento	<p>Pregunta 7.4.: En niños menores de 5 años con diarrea aguda infecciosa disintérica con sospecha de amebiasis (<i>Entamoeba histolytica</i>), brindar terapia antimicrobiana empírica.</p> <p><i>Consideración:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Si tolera la vía oral, usar la siguiente opción: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Primera línea: metronidazol por vía oral, descripción de la dosis en la Tabla 3. <p>Buena práctica clínica</p>	3.85	3.69	3.62	2.00	13.15

(*): Se incorporó como recomendación trazadora tras la validación realizada con el Líder de la guía – Especialista Clínico