

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		
Diagnóstico	<p>Enunciado 1.1: En pacientes obstétricas con sospecha de sepsis, sugerimos usar la herramienta qSOFA en lugar de la herramienta SIRS, para tamizar la presencia de sepsis.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar qSOFA modificado para pacientes obstétricas como positivo cuando se cumplan dos o más de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> a. Frecuencia respiratoria $\geq 24/\text{min}$, b. Alteración del Estado Mental (escala de Glasgow < 15 puntos), c. Presión arterial sistólica ≤ 90 mmHg. 2. Al momento de la valoración y tamizaje de la sepsis, considerar la variabilidad en la fisiología de la gestación en los diversos trimestres, al momento del parto y en el puerperio. Esto debido a que, la evidencia encontrada es en población general y no en población obstétrica específica. 3. Si al momento de la valoración inicial la paciente obstétrica obtiene un puntaje menor a 2 en la herramienta qSOFA, pero persiste la sospecha clínica de sepsis, considere no descartar la sospecha únicamente por el puntaje y mantener vigilancia clínica estrecha y revaloración posterior. <p>1. Considerar la aplicación de la herramienta SOFA (≥ 2 puntos) para confirmar el diagnóstico de sepsis.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)</p>	3.75	3.50	4.92	3.00	15.17
Tratamiento	<p>Enunciado 7.1: En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico, recomendamos administrar norepinefrina como primera línea de vasopresores. Y no recomendamos administrar dopamina ni dobutamina para el manejo de la enfermedad.</p> <p>Recomendación fuerte en contra Certeza: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)</p>	3.83	3.58	3.67	4.00	15.08
Tratamiento	<p>Enunciado 8.1: En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico, sugerimos alcanzar una presión arterial media (PAM) objetivo de 60–65 mmHg, en lugar de mantener niveles medios altos (>65 mmHg).</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La presión arterial media puede variar fisiológicamente en cada trimestre de embarazo o periodo de postparto. Por ello, la valoración debe ser individualizada e integrar otros signos de hipoperfusión materna y fetal, a fin de asegurar una PAM objetivo adecuada para cada caso. 2. En pacientes con preeclampsia y/o hipertensión crónica que cursan con sepsis, considerar la meta de PAM objetivo recomendada además de realizar una evaluación individualizada que oriente las medidas terapéuticas necesarias para garantizar una perfusión adecuada de todos los órganos. <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>	3.75	3.83	4.42	3.00	15.00
Tratamiento	<p>Enunciado 4.3: En pacientes obstétricas con infección conocida o sospechada, e hipotensión y/o lactato elevado, priorizar el uso de cristaloides como primera línea en la fluidoterapia en lugar de coloides.</p> <p>Buena práctica clínica</p>	4.25	4.00	4.42	2.00	14.67
Tratamiento	<p>Enunciado 2.1: En pacientes obstétricas con sospecha o diagnóstico de sepsis, sugerimos brindar antibioticoterapia empírica de forma temprana (antes de las 3 horas).</p> <p><i>Consideraciones:</i></p>	4.08	3.92	3.42	3.00	14.42

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. En pacientes con shock séptico, la administración debe realizarse dentro de la primera hora. 2. Obtener los cultivos necesarios para identificar el foco infeccioso probable antes del inicio del tratamiento antibiótico, siempre que ello no genere retraso en su administración. 3. La terapia antibiótica empírica debe cubrir los agentes microbianos más probables, en función al foco probable de infección, perfil local de resistencia antimicrobiana, el trimestre de embarazo o el estado puerperal y el criterio clínico. 4. La elección del antibiótico debe tomar en cuenta antecedentes de alergias y enfermedades preexistentes. 5. Ajustar la terapia antibiótica (escalamiento o desescalamiento) según evolución clínica y resultados microbiológicos, en coordinación con el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA). <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)</p>					
Tratamiento	<p>Enunciado 3.1: En pacientes obstétricas con sepsis, sugerimos usar un nivel de lactato sérico menor a 2 mmol/L como indicador de mejor pronóstico de mortalidad.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener el lactato sérico lo antes posible en pacientes obstétricas con sospecha de sepsis o sepsis identificada. 2. Interpretar con cautela el incremento de lactato sérico en el periodo intraparto. <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊕⊕)</p>	3.50	3.50	3.58	3.00	13.58
Tratamiento	<p>Enunciado 4.1: En pacientes obstétricas con infección conocida o sospechada, e hipotensión y/o lactato elevado (> 2 mmol/L), sugerimos brindar fluidoterapia restrictiva en lugar la fluidoterapia estándar, luego de la reanimación inicial.</p> <p><i>Consideración:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La fluidoterapia restrictiva, según lo reportado en ensayos clínicos aleatorizados, considera la administración de bolos de 250 a 500 ml en un lapso de 30 minutos a 1 hora, con posterior reevaluación de la precarga para valorar la necesidad de continuar con la fluidoterapia. <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊕⊕)</p>	3.83	3.58	4.00	3.00	14.42
Tratamiento	<p>Enunciado 6.1: En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico conocido, sugerimos brindar valoración con medidas dinámicas para guiar la reanimación con líquidos, en lugar de la valoración con medidas estáticas (estándar).</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En pacientes en ventilación mecánica con una línea arterial, la variación de la presión de pulso es una alternativa para valorar la respuesta a fluidos. Una variación de >13% con el ciclo respiratorio indica que la paciente es respondedora a volumen 2. En pacientes obstétricas (primer y segundo trimestre) con respiración espontánea o que no están en ritmo sinusal, se puede usar el incremento de gasto cardiaco (usando monitores no 	3.75	3.58	3.83	3.00	14.17

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
	<p><i>invasivos si están disponibles) luego de la elevación pasiva de piernas.</i></p> <p>3. <i>En pacientes obstétricas en el tercer trimestre con respiración espontánea, se puede evaluar el gasto cardiaco administrando un bolo de fluidos (250-500mL).</i></p> <p>4. <i>La elevación de piernas en la paciente se valora de la siguiente manera:</i></p> <p>a. <i>Con la paciente en posición semisentada (30-45°), monitorizar durante tres minutos el valor basal promedio del índice de volumen sistólico.</i></p> <p>b. <i>Con las piernas de la paciente elevadas a 45°, monitorizar durante tres minutos el valor máximo del volumen sistólico.</i></p> <p>c. <i>La respuesta a los líquidos se indica mediante un Δ volumen sistólico $\geq 10\%$.</i></p> <p>5. <i>Cuando se tenga disponible la ecografía, esta debe emplearse para la valoración de la respuesta a fluidos con métodos dinámicos. Los parámetros a evaluar pueden ser: variación del volumen sistólico, variación de la presión de presión de pulso, entre otras. La variación del diámetro de la vena cava inferior durante la respiración no ha sido validada en gestantes.</i></p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>					
Tratamiento	<p>Enunciado 5.1: En puérperas con diagnóstico de shock séptico, sugerimos brindar corticoides endovenosos para el tratamiento de la enfermedad.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <p>1. <i>Considerar su uso en condiciones refractarias a tratamiento inicial con vasopresores.</i></p> <p>2. <i>Considerar la dosis de hidrocortisona 200 mg/día (50 mg EV c/6h) por 7 días. En caso no se disponga con esta intervención considerar el uso de dexametasona, betametasona o metilprednisolona a dosis equivalente.</i></p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>	3.58	3.50	3.75	3.00	13.83
Tratamiento	<p>Enunciado 3.1: En pacientes obstétricas con sepsis, sugerimos usar un nivel de lactato sérico menor a 2 mmol/L como indicador de mejor pronóstico de mortalidad.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <p>3. <i>Obtener el lactato sérico lo antes posible en pacientes obstétricas con sospecha de sepsis o sepsis identificada.</i></p> <p>4. <i>Interpretar con cautela el incremento de lactato sérico en el periodo intraparto.</i></p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>	3.50	3.50	3.58	3.00	13.58
Tratamiento	<p>Enunciado 9.1: En pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico, sugerimos administrar trombotrombolisis farmacológica con heparina de bajo peso molecular.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <p>1. <i>Evaluar previamente a la administración del fármaco el riesgo individual de cada paciente usando un score de riesgo de trombosis venosa profunda obstétrica.</i></p> <p>2. <i>Considerar la dosis profiláctica de heparinas de bajo peso molecular disponibles:</i></p> <p>- <i>Enoxaparina: 20 mg (pacientes con peso por debajo de 50 kg), 40 mg (pacientes 50-90 kg), 60 mg (pacientes con peso mayor a 90 kg hasta 130 kg) subcutáneo 1 vez al día.</i></p> <p>Recomendación condicional a favor</p>	3.67	3.42	3.25	3.00	13.33

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
	Certeza: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)					
Tratamiento	<p>Enunciado 10.1: En pacientes obstétricas con sepsis con fuente anatómica de infección que requieran el control quirúrgico, este debe realizarse a la brevedad, de preferencia antes de las 6 horas después del diagnóstico de la sepsis.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> El tipo de procedimiento de control quirúrgico que requiera el paciente se realizará de acuerdo a la valoración del especialista. Considerar no retrasar el control quirúrgico en espera del efecto de la aplicación temprana de la antibioticoterapia. <p>Buena práctica clínica</p>	4.08	3.83	3.25	2.00	13.17
Tratamiento	<p>Enunciado 7.2: En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico, sugerimos administrar vasopresina como segunda línea de vasopresores para el manejo de la enfermedad.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Considerar la dosis de los vasopresores: <ul style="list-style-type: none"> Norepinefrina entre 0.1 – 0.5 µg/kg/min. Vasopresina entre 0.25 – 0.5 µg/kg/min. Considerar iniciar vasopresina si se supera la dosis de 0.25 a 0.50 µg/kg/min de norepinefrina y no hay respuesta hemodinámica del paciente. <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊕⊖)</p>	3.50	3.17	3.25	3.00	12.92
Tratamiento	<p>Enunciado 3.2: En pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico, guiar la reanimación para disminuir los niveles de lactato sérico cuando estos se encuentren elevados.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluar el lactato sérico cada 6 horas, con el objetivo de lograr una disminución mayor al 10% respecto al valor inicial. La normalización completa del lactato sérico puede no ser posible en todas las pacientes; sin embargo, deben implementarse estrategias terapéuticas para reducir en lo posible los niveles elevados. <p>Buena práctica clínica</p>	3.67	3.25	3.25	2.00	12.17
Tratamiento	<p>Enunciado 4.4: En pacientes obstétricas con infección conocida o sospechada, e hipotensión y/o lactato elevado, priorizar el uso de cristaloides balanceados (Ringer lactato o Solución Hartmann) como primera línea en la fluidoterapia, en lugar de soluciones salinas normales.</p> <p>Buena práctica clínica</p>	3.67	3.33	3.17	2.00	12.17
Tratamiento	<p>Enunciado 7.3: En púerperas con shock séptico y disfunción cardíaca con hipoperfusión persistente a pesar de un estado de volumen y presión arterial adecuados, agregar dobutamina al tratamiento con norepinefrina o emplear epinefrina sola.</p> <p>Buena práctica clínica</p>	3.08	3.25	3.08	2.00	11.42
Tratamiento	<p>Enunciado 9.2: En pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico en quienes la trombotrombolisis farmacológica esté contraindicada o no pueda administrarse, considerar el uso de dispositivos de compresión neumática intermitente.</p> <p>Buena práctica clínica</p>	3.08	3.08	2.92	2.00	11.08

Enunciados seleccionados tras la validación realizada con el Equipo encargado del proceso de Implementación y Adherencia de la GPC.