

EVALUACIÓN DE LA GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL MANEJO DE SEPSIS Y
SHOCK SÉPTICO DE LA UMHE S TUNAL

SANDRA LILIANA MARTÍNEZ BELTRÁN

VIVIAN JISETH ROMERO PEÑA

MARISOL TORRES RÍOS

UNIVERSIDAD ECCI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2019

EVALUACIÓN DE LA GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL MANEJO DE SEPSIS Y
SHOCK SÉPTICO DE LA UMHEs TUNAL

SANDRA LILIANA MARTÍNEZ BELTRÁN

VIVIAN JISETH ROMERO PEÑA

MARISOL TORRES RÍOS

Asesor:

Enf. Mg. Nelson Enrique Zapata

UNIVERSIDAD ECCI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2019

DEDICATORIA

A Dios por permitirnos llegar hasta esta meta tan anhelada, por darnos fortaleza para no desistir en el camino. A nuestras familias, padres, hermanos, sobrinos, que soportaron nuestras ausencias y cansancio permanente durante estos años, especialmente a nuestros hijos a Lupe, Marian, Sofia, Tatiana y Andrés que fueron nuestra mayor motivación en este camino de superación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra familia ECCI, conformada por maestros presentes y ausentes, que con su experiencia y vocación nos enseñaron los valores de nuestra gran profesión, a nuestros compañeros que siempre estuvieron ahí, que no nos dejaron rendir, a nuestros pacientes y personal de los diferentes hospitales que un día nos permitieron tener un breve contacto pero que para nosotros fue importante porque nos dejaron una gran huella de aprendizaje.

RESUMEN

El shock séptico es la manifestación más grave de una infección. Esta se produce como consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica severa que lleva a un colapso cardiovascular y/o microcirculatorio, y a hipoperfusión tisular. La hipoperfusión constituye el elemento central que define la condición de shock y esta debe ser detectada y revertida en forma urgente desde la atención inicial, ya que esta es una de las consecuencias más graves de un paciente y que puede llevar a la muerte. Es importante generar las guías de atención de paciente en sepsis y stock séptico, las cuales por medio de una calificación dan el sustento necesario y generan recomendaciones sobre el manejo inicial y en la unidad de cuidado intensivo. A su vez facilitan el manejo por todo el personal de salud quien debe tener en cuenta dicha guía, y a su vez esta debe de cumplir con diferentes normas de evolución como lo es la que genera el AGREE II. La cual determinar el rigor metodológico y la transparencia del contenido de la guía de práctica clínica sobre sepsis y el manejo de shock séptico y que pueda ser implementada en la unidad de cuidado intensivo. Con la metodología de valoración por distintos grupos interdisciplinarios, en los cuales se debe contar con mínimo 4 evaluadores tenido en cuenta los dominios generados por el AGREE II, donde la guía será valida para poner en funcionamiento con una puntuación global mayor al 70% valorando a su nivel de aplicabilidad teniendo en cuenta las recomendaciones basadas en la evidencia clínica.

ABSTRACT

Septic shock is the most serious manifestation of an infection. This occurs as a result of a severe systemic inflammatory response that leads to cardiovascular and / or microcirculatory collapse, and tissue hypoperfusion. Hypoperfusion is the central element that defines the condition of shock and this should be detected and reversed urgently from initial care, since this is one of the most serious consequences of a patient and can lead to death. It is important to generate patient care guidelines in sepsis and septic shock, which through a qualification give the necessary support and generate recommendations on initial management and in the intensive care unit. At the same time, they facilitate the management by all the health personnel who must take into account said guide, and in turn it must comply with different evolution norms such as that generated by AGREE II. Which determine the methodological rigor and the transparency of the content of the clinical practice guide on sepsis and the management of septic shock and that can be implemented in the intensive care unit. With the valuation methodology by different interdisciplinary groups, which must have at least 4 evaluators taking into account the domains generated by the AGREE II, where the guide will be valid to put into operation with a global score greater than 70% valuing its level of applicability taking into account recommendations based on clinical evidence.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	9
Capítulo I. Marco de referencia	11
Herramienta GRADE:	14
Niveles de evidencia	14
Descripción del Área Problema	17
Justificación.....	19
Pregunta Problema	20
Objetivos	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos.....	20
Definición operativa de conceptos	21
Guía De Práctica Clínica:	21
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS):	21
Sepsis:	22
Choque Séptico:	22
Síndrome de disfunción orgánica múltiple (DOM):	22
Capítulo II Marco Conceptual.....	23
Evaluación de guías de práctica clínica	23
¿Que es el AGREE II?	24

Capítulo III. Marco Metodológico	26
Descripción Del Instrumento	26
Procedimiento Para La Evaluación	26
Dominio 1. Alcance y Objetivo (ítems 1-3):.....	27
Dominio 2. Participación de los implicados: (ítems 4-6):.....	28
Dominio 3. Rigor en la Elaboración (ítems 7-14):.....	29
Dominio 4-Claridad y presentación (ítems 15-17):	32
Dominio 5-Aplicabilidad (ítems 18-21):.....	32
Dominio 6-Independencia editorial (ítems 22 y 23):	34
Criterios Éticos.....	36
Capitulo IV. Resultados	37
Reporte AGREE II.....	48
Conclusiones	53
Recomendaciones.....	54
Bibliografía	55

Introducción

En el área de la salud las Guías de práctica clínica tiene una gran responsabilidad al ser redactadas e implementadas, deben tener como marco de referencia evidencia científica que garantice que en el momento de su implementación, la realización de un paso a paso que permitirá llegar al objetivo principal de la GPC, que es lograr la recuperación del estado de salud de manera parcial o total de un usuario que en nuestro caso cursa con un Shock séptico y se encuentra en la UCI.

Las infecciones son los fenómenos patológicos caracterizados por una respuesta inflamatoria del organismo que se debe a la presencia de un microorganismo. Este síndrome de respuesta inflamatoria (SRIS) se considera que esta presente cuando hay dos o más de los siguientes hallazgos clínicos.

1. Temperatura corporal por encima de los 38.3°C o por debajo de 36°C
2. Frecuencia cardiaca mayor a 90 latidos por minuto.
3. Hiperventilación: evidenciada por una frecuencia respiratoria mayor a 20 latidos por minuto una PaCO₂ menor a 32mmhg
4. Recuento de leucocitos mayores a 12000 o menor a 4000 células/uL con un 10% de formas inmaduras. (Bruhn C. Alejandro, 2017)

Dando lugar a esto, es importante el manejo tanto de inicio como de los síntomas y complicaciones del paciente, podemos observar la falta de una herramienta que nos permita actuar adecuadamente frente a los inicios de la sepsis y el shock séptico, para ofrecer al paciente un adecuado tratamiento y mejorara así su calidad de vida.

Debido a esto nace la iniciativa de la creación de las guías de práctica clínica las cuales son basadas en evidencia, pero a su vez deben de ser evaluadas por un ente que regule la calidad, rigor metodológico y transparencia.

Las guías de práctica clínica son recomendaciones médicas sobre el cuidado de paciente con condiciones clínicas específicas, a diferencia de otros documentos formales de asesoramiento médico, y se basan en revisiones sistemáticas de la evidencia y la experiencia práctica, y estas a su vez se encuentra respaldadas por organizaciones nacionales, y son sometidas a una revisión intensa, y se distribuyen a través de especialidades. A su vez las podemos definir como un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia dando así la evaluación del riesgo y beneficio de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes. Estas guías son potencialmente útiles en la toma de decisiones clínicas de los profesionales de salud, con la importancia y capacidad de elección del paciente y para mejorar la eficiencia global de los sistemas sanitarios. Y eso contribuye a un mejoramiento en la calidad de la atención.

Capítulo I. Marco de referencia

Las guías de práctica clínica (GPC) son documentos que le permite a los profesionales de la salud a actuar de manera adecuada, orientando los procesos en la toma de decisiones con las suficientes bases científicas en el momento en que el paciente lo necesite, de acuerdo a su patología y su estado de salud, logrando que los usuarios accedan a un servicio con calidad y equidad. (Gabriel CG, 2014)

Los objetivos de las GPC principalmente es orientar a los profesionales, para la adecuada toma de decisiones implementando y priorizando los recursos tecnológicos, con los que cuenta la institución, minimizando la variabilidad en la práctica clínica, evitando así las conductas de mala práctica clínica por parte del personal de salud.

Debido a esto se lleva a cabo una revisión de la literatura, teniendo en cuenta la matriz de tamización primaria donde se incluyen diversas guías para el tratamiento de la sepsis y shock séptico, las cuales cumplen con los requisitos establecidos para la puntuación AGREE II, a su vez se evidencia recomendación basadas en evidencia y calificadas con la herramienta GRADE para recomendaciones, lo más importante de este proceso de revisión de la literatura es poder tener una perspectiva del manejo adecuado a nivel nacional e internacional, para una adecuada evaluación de la guía de práctica clínica.

Numer o	Nombre de la guía	Fuente	Decisión de inclusión	Observación
01	Guía De Prácticas Clínicas De Sepsis Grave Y Shock Séptico En Cuidados Intensivos	https://instituciones.sld.cu/hospitalmiguelenriquez/files/2015/09/Sepsis-grave-y-shock-	si	GPC elaborada en un Hospital de Cuba donde describe a La sepsis grave y el shock séptico como el mayor desafío en la unidad de cuidados intensivos por el alto índice de morbilidad y mortalidad,

	Terapia Intensiva Hospital Miguel Enríquez (Cuba)	s%C3%A9ptico.pdf		nombran la importancia de una temprana y apropiada terapéutica como demostración de un importante factor para reducir la mortalidad.
02	Adherencia A La Guía De Manejo De Sepsis Severa Y Choque Séptico En Pacientes Mayores De 65 Años Que Ingresan A UCI.	https://doi.org/10.1016/j.rca.2016.06.009	si	Determinar la adherencia a las guías para el tratamiento de la sepsis severa y choque séptico por parte del personal de salud en el grupo mayor de 65 años comparado con el grupo de pacientes menores de 65 años.
03	Guía De Práctica Clínica Para El Reconocimiento Y Manejo Inicial De Sepsis En Adultos.	file:///C:/Users/Paola/Downloads/guia%201.pdf	si	Es una guía realizada por instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación del año 2018. Como se puede evidenciar es una guía nueva que aporta evidencia clínica de los últimos años, como Q SOFA, entre otras, es una guía que en la evaluación del agree cumple con los ítems y porcentaje establecido.
04	Guía De Manejo: Sepsis Severa Y Shock Séptico Hospital militar	https://www.hospitalmilitar.gov.co/sites/default/files/sepsis_severa_y_shock_septico.pdf	si	esta guía aborda todo sobre manejo de shock séptico, está muy completa, ya que desde el inicio está estructurada con todos los pasos necesarios para la intervención del profesional y se basa en los lineamientos establecidos por el ministerio de salud y protección social colombianos.
05	Actualización En Las Guías De La Sepsis	https://chguv.san.gva.es/documentos/10184/49	si	La guía maneja el tema de la actualización de conceptos a tener en cuenta en las

		9512/MURCIA-Actualizaci%C3%B3n+en+las+gu%C3%ADas+de+la+Sepsis-Sesion+SARTD-CHGUV-04-04-17.pdf/a7e65b44-095e-40e0-8661-1eee9ce6c5dc		secuencias en la atención al paciente en sepsis, pero no aborda nivel de evidencia justificado en la revisión de artículos de revisión científica, por lo cual solo se tiene en cuenta para la valoración de contenido teórico conceptual.
06	Sobreviviendo A La Campaña De Sepsis: Directrices Internacionales Para El Manejo De La Sepsis Y El Shock Séptico 2016	https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx	si	Esta GPC Proporciona una actualización de Pautas para el manejo de la sepsis y shock séptico y su gestión, El panel proporcionó declaraciones sobre su manejo temprano y reanimación, además de eso se incluye en la descripción del problema sus datos epidemiológicos.

Teniendo en cuenta lo anterior se logró realizar un abordaje de manera adecuada para la evaluación de la guía de práctica clínica para el manejo de la sepsis y el shock séptico, a su vez se tuvo en cuenta el porqué de la valoración con la herramienta AGREE II y no con otras herramientas.

A lo anterior cabe resaltar que la herramienta AGREE II realiza una evaluación completa de la guía, y que existen otras herramientas que realiza funciones diferentes como se mostrara a continuación.

Herramienta GRADE:

La adquisición y jerarquización de la evidencia, así como la posterior formulación de recomendaciones, constituyen la base del desarrollo de las guías de práctica clínica. Sistemas de graduación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones han existido muchos y actualmente se va imponiendo el modelo *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). En el sistema GRADE la calidad de la evidencia se clasifica, inicialmente, en alta o baja, según provenga de estudios experimentales u observacionales; posteriormente, según una serie de consideraciones, la evidencia queda en alta, moderada, baja y muy baja. La fuerza de las recomendaciones se apoya no solo en la calidad de la evidencia, sino en una serie de factores como son el balance entre riesgos y beneficios, los valores y preferencias de pacientes y profesionales, y el consumo de recursos o costes. (José Luis Aguayo-Albasini, 2014)

Niveles de evidencia

GRADE define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto sea la adecuada para efectuar una recomendación. Para cada uno de los desenlaces o resultados clave se efectúa una evaluación; así, una misma comparación de una intervención terapéutica o preventiva puede recibir diferentes asignaciones de la calidad de la evidencia. En la clasificación del nivel de calidad de la evidencia, el sistema GRADE establece 4 categorías: alta, moderada, baja y muy baja. Lo que representa o significa cada una de las 4 categorías, en su concepción inicial y en la actual.

Sistema GRADE: Significado de los 4 niveles de evidencia

Niveles de calidad	Definición actual	Concepto anterior
Alto	Alta confianza en la coincidencia entre el efecto real y el estimado	La confianza en la estimación del efecto no variará en posteriores estudios
Moderado	Moderada confianza en la estimación del efecto. Hay posibilidad de que el efecto real esté alejado del efecto estimado	Posteriores estudios pueden tener un importante impacto en nuestra confianza en la estimación del efecto
Bajo	Confianza limitada en la estimación del efecto. El efecto real puede estar lejos del estimado	Es muy probable que posteriores estudios cambien nuestra confianza en la estimación del efecto
Muy bajo	Poca confianza en el efecto estimado. El efecto verdadero muy probablemente sea diferente del estimado	Cualquier estimación es muy incierta

En una primera etapa el sistema GRADE considera de calidad alta los estudios experimentales (ensayos clínicos aleatorizados) y de calidad baja los estudios observacionales (casos y controles, cohortes). En un segundo paso, para refinar el nivel de calidad, el sistema establece una serie de ítems que hay que considerar y que pueden hacer bajar o subir el escalón o nivel de la calidad inicialmente asignada.

Ítems que bajan la calidad:

- **1) Limitaciones en el diseño y ejecución del estudio (riesgo de sesgo):** Así, aleatorización insuficiente o incorrecta, falta de enmascaramiento, pérdidas importantes de seguimiento, análisis sin intención de tratar y ensayos acabados antes de tiempo.
- **2) Inconsistencia de los resultados (inconsistency):** cuando los resultados muestran amplia variabilidad o heterogeneidad no explicada. Particularmente si unos estudios muestran beneficios sustanciales y otros ningún efecto o incluso perjuicio.

- **3) Incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa (indirectness):** Siguiendo el método PICO, puede ocurrir con los pacientes estudiados (diferencias en edad, sexo o estadio clínico); o con la intervención, en caso de que ésta sea parecida pero no idéntica; o con la comparación que se realiza; o con los resultados, si se comparan unos a corto plazo y otros a largo plazo, etc.
- **4) Imprecisión (imprecision):** tiene lugar si los intervalos de confianza (IC) son amplios, las muestras pequeñas, o los eventos son pocos.
- **5) Sesgo de publicación o notificación (publication bias):** cuando existe alta probabilidad de estudios no reportados, principalmente por ausencia de efectos, o no se han incluido todas las variables relevantes de resultado.
- **b.**
- Ítems que suben la calidad:
 - **1) Fuerte asociación:** hallazgos de efectos relativos $RR > 2$, o $< 0,5$ en estudios observacionales sin factores de confusión.
 - **2) Muy fuerte asociación:** hallazgos de efectos relativos $RR > 5$, o $< 0,2$ basados en estudios sin problemas de sesgo o precisión.
 - **3) Existencia de gradiente dosis-respuesta (dose-response gradient).**
 - **4) Evidencia de que todos los posibles factores de confusión o sesgos podrían haber reducido el efecto observado.**

Las situaciones que pueden determinar un incremento de la confianza en los resultados de estudios observacionales son infrecuentes. En tales casos se debería considerar este aumento únicamente si no hay limitaciones de diseño o ejecución (que podría disminuir la calidad) y, además, existe un efecto muy importante e inmediato o un cambio radical en el pronóstico tras determinada intervención.

Todos estos ítems determinan, con arreglo a las puntuaciones que se expresan, un ascenso o un descenso en el nivel de la calidad de la evidencia. Terminado el análisis, los expertos del GRADE resumen toda la evidencia, respecto a las preguntas concretas y las variables de resultado o

desenlace previamente escogidas, en una tablas-resumen que denominan perfil de evidencia (evidence profiles [GRADE EP]) y sumario de hallazgos (summary of findings [GRADE SoF]). Las tablas EP y SoF tienen diferentes propósitos y van dirigidas a colectivos distintos. (José Luis Aguayo-Albasini, 2014)

Descripción del Área Problema

La sepsis es la principal causa de mortalidad en unidades de cuidados intensivos (UCI) en el mundo. Alrededor del 30% de los pacientes que sufren este síndrome, mueren y esta cifra puede aumentar hasta 50% cuando el paciente entra en choque séptico.^{1,2} La sepsis es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en relación a un proceso infeccioso generalmente de origen bacteriano, afecta a personas en los extremos de la vida, por ejemplo, en recién nacidos y adultos mayores. Las infecciones más comunes que producen sepsis son las respiratorias, bacteriana y urinarias, las cuales representan el 70% de las infecciones relacionadas con sepsis en población norteamericana.³⁻⁵ Se ha observado que existe dificultad para el logro de los objetivos propuestos en la campaña “sobrevivir a la sepsis”, la cual fue creada para tomar conciencia de la importancia de la enfermedad y mejorar la supervivencia de sepsis severa y esto ocurre en parte, debido a que la clasificación internacional de enfermedades CIE10, no categoriza adecuadamente el diagnóstico de sepsis.⁶⁻⁸ Por lo tanto se presenta un subregistro de los casos de muerte relacionados con sepsis, adicionalmente y como un ejemplo, la palabra septicemia no es válida luego de la Conferencia de consenso en sepsis realizada en 1991.^{9,10} Sin embargo, se sigue usando en la CIE-10 para clasificar la enfermedad; además de esto las infecciones complicadas por sepsis generalmente se registran por diagnóstico pero no se relacionan con sepsis a menos que se examine detalladamente la secuencia de eventos que llevaron a la muerte de los pacientes,

por lo cual muchos casos de sepsis no se registran como tal.¹¹ En Colombia se han realizado pocos estudios epidemiológicos sobre la mortalidad o morbilidad por sepsis o factores asociados a estas, los cuales han reportado cifras de letalidad entre el 23% y el 38%.⁴ Jaimes et al., evaluaron 49.739 pacientes con diagnóstico de infección (según criterios del Centro de enfermedades infecciosas CDC), admitidos en los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos y salas de observación de 10 hospitales en las principales ciudades de Colombia y encontraron que la tasa de incidencia de sepsis por 100 admisiones fue de

Abstract Introduction: The mortality associated with sepsis and complicated infections are not known in the department of Santander. Materials and methods: Mortality due to multiple causes related to sepsis and infections complicated was quantified. The data come from the DANE deaths database in 2008. Specific rates by age, sex and age-standardized mortality were calculated using the direct method. Results: In 2008, 9% of deaths were associated with sepsis, 1 in 10 deaths. ICD-10 codes related as underlying causes of sepsis are diverse but pneumonia, HIV virus disease and urinary tract infections are the most common in different age groups. The highest adjusted mortality was presented in men and in the extreme age groups. Conclusions: Sepsis is a public health problem in the department of Santander. This study provides a baseline for the evaluation of measures to reduce mortality from this disease. Key words: Sepsis, mortality, epidemiology, International Classification of Diseases, Infection. (Source: DeCS, Bireme). Universidad y Salud

[141] 3,61 y la prevalencia de 18,6% en unidades de cuidado intensivo, con lo cual se identifica como una problemática real de salud.¹²⁻¹⁴ Con respecto a la mortalidad por sepsis, se han realizado estudios como la cohorte episepsis, la cual reporta una mortalidad a los 28 días en infecciones sin complicación del 3%, sepsis sin disfunción de órganos sepsis severa sin choque del 21,9% y de sepsis con choque del 45,6%. Sin embargo, no se conocen datos poblacionales

con fuentes de registro departamentales o nacionales en relación con este tipo de eventos.¹⁴ El objetivo principal de este estudio fue establecer la mortalidad registrada como sepsis o la relacionada con infecciones complicadas y con sepsis en el año 2008 en Santander, y de esta manera aproximarse por vez primera a la magnitud de este síndrome en la experiencia de mortalidad de la población del departamento. (María Eugenia Niño-Mantilla¹, 2014)

Justificación

Para una adecuada práctica clínica que garantice a los usuarios la calidad en los servicios de salud, estos deben contar con la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencias científicas, que permitan dar un adecuado manejo a las diferentes patologías que se pueden presentar.

La importancia de evaluar la GPC a Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, USS El Tunal nace de la necesidad de implementar un paso a paso que deberá ser utilizado por todos los miembros del equipo de salud que tenga a su cargo un paciente que en el momento curse con una patología de sepsis, shock séptico. En la unidad de cuidado intensivo.

La importancia de dicho proceso va encamina a la reanimación eficaz y temprana, con aporte líquidos la cual es crucial para la estabilización de la hipoperfusión tisular inducida por la sepsis o el shock. La hipoperfusión inducida por sepsis puede manifestarse por la disfunción orgánica aguda y/o la disminución de la presión arterial y el aumento del lactato sérico. Las versiones previas de las guías han recomendado una reanimación cuantitativa protocolizada, también conocida como terapia temprana dirigida a “metas” , entre ellas la presión venosa central (PVC) y la saturación de oxígeno venoso central (So_{2vc}). Recientemente, este enfoque ha sido cuestionado luego de no haberse demostrado una reducción de la mortalidad en estudios importantes, pero no se halló daño asociado a las estrategias intervencionistas, así, el uso de las

metas anteriores sigue siendo seguro y puede ser considerado. Cabe destacar que los ensayos más recientes incluyeron pacientes menos graves (menores niveles de lactato, ScvO₂ igual o superior al valor objetivo al ingreso, y menor mortalidad en el grupo de control). Aunque la evidencia actual no garantiza la recomendación de este protocolo, a la cabecera del enfermo los médicos siguen necesitando orientación sobre cómo actuar con el grupo de pacientes con mortalidad y morbilidad significativas.

Pregunta Problema

¿Cuál es el rigor metodológico, transparencia y calidad con que se desarrolla la guía de práctica clínica sobre sepsis y el manejo de shock séptico, implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur – UMHES Tunal?

Objetivos

Objetivo General

Determinar el rigor metodológico y la transparencia del contenido de la guía de práctica clínica sobre sepsis y el manejo de shock séptico implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Sub red integrada de servicios de salud –UMHES Tunal.

Objetivos Específicos

Evaluar alcance y objetivo de la GPC del manejo de shock séptico implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Sub red integrada de servicios de salud –UMHES Tunal.

Evaluar participación de los implicados de la GPC del manejo de shock séptico implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Sub red integrada de servicios de salud – UMHES Tunal.

Evaluar rigor de desarrollo de la GPC del manejo de shock séptico implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Sub red integrada de servicios de salud –UMHES Tunal.

Evaluar claridad de la presentación de la GPC del manejo de shock séptico implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Sub red integrada de servicios de salud –UMHES Tunal

Evaluar aplicabilidad de la GPC del manejo de shock séptico implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Sub red integrada de servicios de salud – UMHES Tunal

Evaluar independencia editorial de la GPC del manejo de shock séptico implementada en la unidad de cuidado intensivo de la Sub red integrada de servicios de salud – UMHES Tunal

Definición operativa de conceptos

Guía De Práctica Clínica:

Las GPC son documentos que, por medio de un análisis exhaustivo de la literatura acerca de un problema clínico con relevancia para una población o institución específica, buscan la elaboración de recomendaciones desde diferentes enfoques (preventivo, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación) para ayudar al clínico en la toma de decisiones y, así, establecer la manera como será abordado el paciente que presenta dicha condición.

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS):

Se considera que está presente cuando hay dos o más de los siguientes cuatro hallazgos clínicos:

1. Temperatura corporal por encima de 38°C o por debajo de 36°C.
2. Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto.
3. Hiperventilación, evidenciada por una frecuencia respiratoria mayor de 20 por minuto o una PaCO₂ menor de 32 mm Hg.

4. Recuento de leucocitos mayor de 12.000 o menor de 4.000 células/ μ L o con 10% de formas inmaduras. (FERNEY ALEXÁNDER RODRÍGUEZ, 2008)

Sepsis:

Es una respuesta sistémica a la infección; por lo tanto, para el diagnóstico de sepsis se requeriría la presencia de ambos: infección y SRIS. (Según reporte de 1992 de la Conferencia de Consenso del American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine (ACCP/SCCM).

Choque Séptico:

Sepsis con falla circulatoria aguda caracterizada por hipotensión persistente (presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg o disminución de al menos 40 mm Hg con respecto a un valor previo), inexplicable por otras causas, que no se corrige al administrar líquidos (20 a 30 mL/kg de cristaloides en bolo). (FERNEY ALEXÁNDER RODRÍGUEZ, 2008)

Síndrome de disfunción orgánica múltiple (DOM):

Alteración de la función de varios órganos en un paciente con enfermedad aguda, y cuya homeostasis no se puede mantener sin intervención. (FERNEY ALEXÁNDER RODRÍGUEZ, 2008)

Capítulo II Marco Conceptual

Evaluación de guías de práctica clínica

El AGREE II puede ser utilizado por clínicos, gestores de políticas en salud, editores de revistas médicas y estudiantes de medicina, entre otros; además, les permite a quienes no sean expertos en metodología de la investigación ni en epidemiología clínica realizar de forma fácil y detallada la evaluación crítica de una GPC antes de decidir si le será de utilidad si conviene aplicarla.

El grupo internacional de investigadores y elaboradores de guías, The AGREE colaboración (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation), fue creado en 1998 y su objetivo primordial fue la creación de un instrumento con el cual se evaluará el desarrollo y el reporte de las GPC. El instrumento AGREE se construyó bajo una rigurosa metodología, fue publicado por primera vez en 2003 y rápidamente se consolidó como una herramienta útil, de fácil aplicación, y como la mejor estrategia para evaluar la calidad y la posibilidad de aplicación, entre otros aspectos, de las GPC.

Posteriormente, se creó 'Next steps consortium', proyecto que tenía como objetivo mejorar las propiedades métricas del instrumento, incluyendo fiabilidad y validez; refinar los ítems para servir mejor a las necesidades de los usuarios potenciales y mejorar la documentación de apoyo; para este propósito se hicieron dos estudios. El resultado de estos esfuerzos fue el rediseño del instrumento, es decir, la creación de una nueva y mejorada versión a la que se denominó AGREE II.

Esta nueva versión logró mejorar la inicial en varios aspectos, como ampliar el alcance del instrumento más allá del ámbito clínico (abrió la posibilidad de que se utilizara por personas encargadas de tomar decisiones en salud pública y en los sistemas de salud, no solo por clínicos) e incluye un nuevo ítem relacionado con la evaluación de la validez interna y de las fortalezas y debilidades de la evidencia analizada en la guía. Este instrumento ha tenido excelente acogida y reconocimiento, ha sido citado en más de 200 publicaciones y es utilizado por muchas organizaciones, entre ellas The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), del Reino Unido. Adicionalmente, existe una reciente versión del AGREE II, traducida al español en el mismo sitio web de la colaboración, y se ha demostrado la facilidad de aplicación y su superioridad frente a las otras escalas disponibles para el mismo objetivo. (II, 2009)

¿Que es el AGREE II?

Es un instrumento que se utiliza para evaluar la calidad de guías prácticas implementadas en la salud, se puede implementar en la creación, modificación o en la actualización de guías prácticas clínicas, que permiten conocer los estándares mínimos de calidad que deben ser implementados en los servicios de salud. (Rhodes, 2017)

En 1998 un grupo de investigadores en colaboración con 13 países, (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation), crearon el instrumento conociendo como AGREE cuyos objetivos principales era desarrollar criterios comunes para la elaboración de GPC, teniendo en cuenta criterios de calidad, modelos de evaluación y monitorización de la una GPC así como la divulgación entre la comunidad científica y del sector de la salud.

En el año 2003 se publicó el instrumento AGREE, que fue implementada y validada por 194 evaluadores de los países participantes, quienes la consolidaron con una herramienta útil y de fácil aplicación en la evaluación de GPC

Posteriormente, se creó 'Next steps consortium', proyecto que tenía como objetivo mejorar las propiedades métricas del instrumento, incluyendo fiabilidad y validez; refinar los ítems para servir mejor a las necesidades de los usuarios potenciales y mejorar la documentación de apoyo; para este propósito se hicieron dos estudios. Luego de la comparación con diferentes escalas se pudo establecer que el AGREE es uno de los instrumentos más completos para realizar la valoración de una GPC.

El resultado de estos esfuerzos fue el rediseño del instrumento, en el 2010 se implementó la nueva versión a la que se denominó AGREE II.

Este instrumento AGREE está compuesto por 23 ítems, dividido en 6 dominios que permiten evaluar la calidad de la GPC en diferentes aspectos, que son:

- Alcance y Objetivo (ítems 1-3): Hace referencia al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes.
- Participación de los implicados (ítems 4-7) se refiere al grado en el que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
- Rigor en la elaboración (ítems 8-14) hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
- Claridad y presentación (ítems 15-18) se ocupa del lenguaje y del formato de la guía.
- Aplicabilidad (ítems 19-21) hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes.
- Independencia editorial (ítems 22-23) tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía (II, 2009)

Capítulo III. Marco Metodológico

Descripción Del Instrumento

Basados en el instrumento de evaluación AGREE II, evaluamos las “Guía de manejo Diagnóstico y manejo de la sepsis severa y el shock séptico”, implementados en la Sub red integradas de servicios de salud –unidad de servicios de salud UMHES Tunal.

1.La guía AGREE II (ver anexo XX) permitió identificar las falencias de la guía de manejo implementada, basándose en 6 dominios, que por medio de 23 Ítems logramos identificar si era conveniente o no su aplicación como una guía de practica para la salud.

Los dominios evaluados para la pertinencia de la guía fueron:

- Dominio 1. Alcance y Objetivo
- Dominio 2. Participación de los implicados
- Dominio 3. Rigor en la Elaboración
- Dominio 4. Claridad de la Presentación
- Dominio 5. Aplicabilidad hace referencia
- Dominio 6. Independencia editorial

Procedimiento Para La Evaluación

- Los dominios anteriormente mencionados se subdividieron en ítems, donde se indica cómo realizar una correcta evaluación de la guía, en dichos parámetros se indican pautas para la evaluación de determinado ítem, tales como:

Dominio 1. Alcance y Objetivo (ítems 1-3):

- **Ítem 1.** El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s): en él se valora el impacto que se espera tenga la guía en el grupo de población en el que se va a utilizar. Los objetivos deben estar expresamente descritos, así como los beneficios que se esperan obtener. Habitualmente los encontraremos en los párrafos de introducción, presentación u objetivos, aunque, dependiendo de la extensión de la guía, puede aparecer en un documento adjunto.
- **Ítem 2.** El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s): este ítem se refiere a que es necesario que se especifiquen claramente los aspectos de salud abordados por la guía, en particular las recomendaciones clave (ver ítem 17), aunque no necesariamente necesiten estar expresados como preguntas. Habitualmente las encontraremos en el apartado de introducción, justificación y objetivos, aunque como en el ítem anterior pueden presentarse en un documento adjunto, por ejemplo, en la descripción de la búsqueda.
- **Ítem 3.** La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita: debe proporcionarse una descripción clara de la población diana de la guía incluyendo no sólo la patología que presenta, sino también el estadio en el que se encuentra (en caso de que pueda realizarse con esa enfermedad), el rango de edad de los pacientes y los grupos de pacientes excluidos. Habitualmente esta información se describe en el apartado introducción, alcance y objetivos.

Dominio 2. Participación de los implicados: (ítems 4-6):

Ítem 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes: es importante que en la elaboración y desarrollo de una guía participen todos los profesionales que, de una u otra forma, vayan a ser usuarios de la misma o se puedan ver implicados en las recomendaciones (independientemente de que sean o no sanitarios). Este grupo incluye al equipo director, al encargado de seleccionar y revisar las evidencias y a los que redactan las recomendaciones. Se excluye a los miembros del grupo revisor externo de la guía (ver ítem 13) y a los representantes de la población diana (ver ítem 5). Habitualmente esta información se encuentra en el apartado de lista de miembros del panel de la guía, agradecimientos o anexos.

Ítem 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.): teniendo en cuenta que las GPC tienen como objetivo “guiar a los profesionales y enfermos en el proceso de la toma de decisiones”, parece claro que es fundamental la participación de éstos en algún momento de su elaboración. Hay varios métodos para asegurar que las perspectivas sean tenidas en cuenta durante las diferentes fases del desarrollo de la guía, como, consultas formales a pacientes/público sobre temas prioritarios, participación de pacientes/público en el grupo elaborador, o en la revisión externa de borradores de la guía, a través de entrevistas a los pacientes o de revisiones de la literatura. Debe haber evidencia de que alguno de estos procesos se ha realizado y que los puntos de vista de las personas interesadas se han considerado. En caso de que este ítem se cumpla, lo podemos encontrar en la sección donde se describe el proceso de elaboración de la guía, en la sección de agradecimientos o también en anexos.

Ítem 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos: los profesionales o usuarios a los que va dirigida la guía deben estar claramente reflejados, de tal forma que cualquiera de nosotros podamos saber si las recomendaciones son relevantes para la situación clínica que se esté manejando en ese momento. Habitualmente esta descripción se encuentra el apartado de introducción, alcance y objetivos.

Dominio 3. Rigor en la Elaboración (ítems 7-14):

Es una de las áreas más importante y garante de la calidad de su elaboración.

Ítem 7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia: ya que las guías establecen recomendaciones a partir de la bibliografía más relevante sobre el tema, es importante que su búsqueda siga una metodología sistematizada, como se hace constar en el tema 5 de este curso. Es importante que su descripción sea tal, que permita a cualquier profesional replicarla y con ella llegar a los mismos resultados de búsqueda. Debe indicarse las palabras claves, el periodo de búsqueda y las fuentes consultadas. Es conveniente utilizar revisiones sistemáticas y fuentes primarias de información si la patología que valoramos dispone de artículos de este tipo, pero también debe realizarse búsqueda manual de bibliografía, comunicaciones a congresos, etc., siempre tratando de que la bibliografía responda a las preguntas clínicas objeto de la guía. Esta información puede encontrarse en donde se describe el proceso de elaboración de la guía, o bien en un documento independiente o anexo.

Ítem 8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad: es importante que se describan cuáles fueron los criterios de selección de la bibliografía, así como las razones de inclusión o exclusión de determinados artículos. Habitualmente tal información

está disponible en el proceso de elaboración de la guía o bien en un documento independiente o anexo.

Ítem 9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas: deben indicarse descripciones explícitas sobre los métodos o herramientas (formales o informales) utilizadas para evaluar y describir el riesgo de sesgos de los estudios individuales. Además, deben describirse los resultados específicos y/o comentarios explícitos al conjunto de las evidencias de todos los estudios. Esto puede presentarse en tablas de evidencia con características sobre la calidad de los estudios o realizando descripciones en el texto. Habitualmente esta información está disponible en el apartado del proceso de elaboración de la guía o bien en un documento independiente o anexo.

Ítem 10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos: de la bibliografía seleccionada ha de llegarse a las recomendaciones que nos proponga la guía que evaluemos. Es necesario que se dé a conocer cómo el equipo elaborador llega a establecerlas (por ejemplo, a través de votación, sistemas formales de consenso, etc.), y en qué áreas hubo desacuerdo y cuál fue el método utilizado para resolverlo. Habitualmente esta información aparece en el apartado del método de elaboración de la guía y la escala seleccionada para determinar las recomendaciones suele hacerlo en un anexo o en un documento independiente.

Ítem 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos: es deseable que las guías valoren varios métodos diagnósticos, terapéuticos, etc., pero además es importante que nos muestren los beneficios en salud, riesgos, efectos secundarios, relación calidad/esperanza de vida, entre diferentes opciones, para así tener la oportunidad de ofrecer a nuestros pacientes más posibilidades que

permitan tomar decisiones conjuntas más adecuadas a sus necesidades, creencias o posibilidades clínicas. Este apartado lo encontraremos revisando las recomendaciones y el texto que las acompaña.

Ítem 12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan: como en cualquier otro artículo médico, es necesario que las recomendaciones vayan unidas a la bibliografía que la sustente, y en caso de que no exista, debe expresarse claramente. Esta información la obtendremos revisando las recomendaciones y el texto que las acompaña.

Ítem 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación: antes de la difusión definitiva de la guía, es importante que un grupo de expertos en el tema, independientes al grupo elaborador, la revise. Este grupo debería estar formado por clínicos, metodólogos y, a poder ser, por pacientes, haciéndose referencia explícita de quienes lo forman y cuál ha sido la metodología utilizada para realizar los comentarios en relación con la revisión. Habitualmente esta información está descrita en el proceso de elaboración de la guía y en la sección de agradecimientos.

Ítem 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía: una de las diferencias fundamentales entre las GPC y otro tipo de artículos científicos, es que las primeras deben estar basadas en las evidencias disponibles en cada momento. Teniendo en cuenta la acelerada evolución del conocimiento en un área como la médica, es importantísimo que cualquier guía esté actualizada, para lo cual es fundamental la descripción de un cronograma referido a este aspecto, o bien como se efectuará la revisión más actualizada de la bibliografía y su incorporación al texto. Este proceso suele estar descrito en los apartados de introducción, elaboración de la guía o en los párrafos finales de la misma.

Dominio 4-Claridad y presentación (ítems 15-17):

Ítem 15. Las recomendaciones son específicas y no ambiguas: además de que las guías tengan una buena base de evidencias, también ayuda a su aceptación por parte de los y las profesionales el hecho de que las recomendaciones estén expresadas de forma clara, concisa, comprensible, sabiendo exactamente a que situación clínica y pacientes está dirigida. Si, como es frecuente, no existiesen evidencias fuertes para sustentar una recomendación, esta incertidumbre debería estar expresada de forma explícita. Para valorar estos aspectos solo tenemos que dirigirnos al apartado recomendaciones.

Ítem 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente: independientemente de cuál sea el tema y aspecto objeto de la guía, es importante que se valoren y ofrezcan recomendaciones sobre diferentes opciones de manejo, con el fin de favorecer la toma de decisiones según las preferencias de pacientes y profesionales. Para ello debemos revisar las recomendaciones y la evidencia que la sustenta.

Ítem 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables: las personas usuarias de la guía deben poder identificar rápida y claramente las recomendaciones propuestas, para lo cual pueden utilizarse diferentes métodos (presentarlas en recuadros, con letra diferente al texto, etc.) Si alguna recomendación tiene un árbol de decisión complejo, puede resumirse en un algoritmo. Esta información está disponible en los párrafos y/o capítulos donde se presentan las recomendaciones.

Dominio 5-Aplicabilidad (ítems 18-21):

Ítem 18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación: en ocasiones, las propuestas que se establecen en las recomendaciones de las guías suponen un cambio en

la estructura organizativa para la que se realizan. Si no se han analizado las posibilidades de estos cambios y las dificultades que ello entraña, puede ocurrir que las recomendaciones no se sigan y por lo tanto la guía no sea más que “papel mojado”. Para saber si dicho aspecto ha sido valorado debe revisarse los párrafos de diseminación/implantación de la guía o anexos donde se expongan los planes para su implantación.

Ítem 19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica: La guía se apoya con herramientas para su aplicación: por ello es conveniente que, además de poder acceder al contenido completo de la guía, podamos también disponer de presentaciones más manejables en formato electrónico y en papel, como por ejemplo herramientas educativas, folletos para pacientes y guías rápidas para que sean de fácil uso y favorezcan la difusión del texto y con ello su implantación.

Ítem 20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos: lo mismo que en el caso anterior, puede ocurrir que las recomendaciones con mayor evidencia supongan una inversión económica que el sistema sanitario no pueda abordar en ese momento. Por ello es importante que también se realice un análisis del coste y recursos adicionales nuevos que supone la puesta en marcha de las mismas. Para valorarlo debemos revisar los párrafos de implantación de la guía o los documentos anexos que traten sobre este tema, aunque dicho análisis económico puede realizarse también en el apartado donde se discute la evidencia de las recomendaciones.

Ítem 21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria: como en cualquier otra actividad, la monitorización y evaluación de la puesta en marcha de las recomendaciones de una guía nos va a permitir conocer su grado de aceptación, así como mejorar aspectos de su uso. Por ello es importante establecer un sistema de recogida mínima de datos que permita la

monitorización y auditoría de las recomendaciones. Esta información suele estar disponible en los apartados específicos o bien en documentos adicionales de la guía.

Dominio 6-Independencia editorial (ítems 22 y 23):

Ítem 22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía: teniendo en cuenta la dificultad de la elaboración de una guía, es habitual que exista financiación bien por entidades gubernamentales, ONG, empresas farmacéuticas, etc., que pueden colaborar en múltiples aspectos: búsqueda bibliográfica, impresión de la guía, etc. Es muy importante que, si ha existido algún tipo de financiación, quede reflejada y es fundamental que se especifique que los intereses de la entidad financiadora no han influido en la elaboración de las recomendaciones. Esta información suele recogerse en los párrafos que describen el proceso de elaboración o en la sección de agradecimientos.

Ítem 23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo: puede ocurrir que miembros del grupo elaborador de la guía presenten algún conflicto de interés que pueda interferir en el proceso de elaboración. Por ello es importante que los miembros de dicho grupo los declaren al comienzo del mismo, con el objeto de conseguir la mayor independencia posible en el resultado de las recomendaciones que se proponen. Esta información suele recogerse en los párrafos que describen el proceso de elaboración o en la sección de agradecimientos.

Documentación Los evaluadores identificaran toda la información relativa al proceso de elaboración de una guía antes de ser evaluada. Esta información puede estar incluida en el mismo documento, en las recomendaciones, resumida en un informe técnico aparte y/o en publicaciones de informes de política sanitaria (Ej.: programas de guías de práctica clínica.)

Se recomienda que lea la guía y toda la documentación acompañante antes de comenzar la evaluación.

Número de evaluadores requerido: Recomendamos que cada guía sea evaluada por, al menos, dos evaluadores y preferiblemente por cuatro, dado que esto aumentará la fiabilidad de la evaluación.

Guía del usuario: Hemos proporcionado información adicional junto a cada ítem. Esta información pretende ayudarle a comprender las cuestiones y conceptos planteados. Por favor, lea esta guía del usuario detalladamente antes de dar su respuesta.

Comentarios Junto a cada ítem hay un recuadro para comentarios. Por favor, use el recuadro para explicar las razones de sus respuestas. Por ejemplo, Ud. puede estar “Muy en desacuerdo” porque la información no está disponible, el ítem no es aplicable o la metodología descrita en la información proporcionada no es satisfactoria. Al final de la herramienta hay un espacio para comentarios adicionales.

Puntuación de las áreas Las puntuaciones de las distintas áreas pueden calcularse sumando todos los puntos de los ítems individuales de un área y estandarizando el total, como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de ese área.

Evaluación general Al final del documento se incluye un apartado para realizar una evaluación general. Contiene una serie de opciones “Muy recomendada”, “Recomendada (con condiciones o modificaciones)”, “No recomendada” y “No se sabe”. La evaluación general requiere que el evaluador haga un juicio sobre la calidad de la guía teniendo en cuenta cada uno de los criterios de evaluación. (salud, 2017)

Criterios Éticos

Para el presente estudio, se respetaron los principios éticos, de propiedad intelectual, teniendo en cuenta que las GPC es de propiedad de la Sub red integrada de servicios de salud – USS el Tunal. citando el documento y la literatura de acuerdo a las normas establecidas por la universidad, este trabajo hace parte de un proyecto macro, denominado diseño y evaluación de guías prácticas clínicas de la unidad de cuidado intensivo de la subred integral empresa social del estado. La información obtenida será veraz y confidencial, dichos resultados de esta evaluación se manejarán de forma confidencialmente y solo se conocerá con fines académicos y para plantear planes de mejora, en el instituto universidad servicios de salud hospital de tunal.

Capítulo IV. Resultados

EVALUADOR: SEMILLERO DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD ECCI VI SEMESTRE

ALCANCE Y OBJETIVO

1. El o los objetivos generales(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)?

1 MUY EN DESACUERDO	2	3	4	5 X	6	7 MUY DE ACUERDO
---------------------------	---	---	---	--------	---	------------------------

Comentarios: En la página 2 de la guía se evidencia que el objetivo tiene planteado la patología clínica en la que todo el cuerpo de salud va a intervenir basándose en la información científica médica actual, y tiene afirmaciones específicas sobre el problema clínico como lo son lograr la reanimación temprana, limitar el daño y disminuir la mortalidad. A esto damos una puntuación de 5, puesto que el criterio de especificidad sobre el tipo de población que se manejará no está muy bien descrito, ya que el guía mencionado a paciente en uci, pero no resalta o deja en claro el grupo etario al cual se tendrá en cuenta ejemplo adulto, neonato, niños, lo cual es importante para determinar la especialidad de la uci involucrada.

2. El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).

1 MUY EN DESACUERDO	2	3	4	5	6 X	7 MUY DE ACUERDO
---------------------------	---	---	---	---	--------	------------------------

Comentarios: Durante el desarrollo de la guía , se encuentra información científica acerca de temas como características de la patología, escalas utilizadas, criterios, signos y síntomas

acompañado de intervenciones, lo cual es adecuado, pero la información evidenciada ya no cuenta con la actualización científica específica ya que por ejemplo se habla de la escala sofá pero en el presente se incorporó a la parte clínica la escala quick sofá que ya cuenta con signos claros para una intervención más rápida en busca de minimizar daños en el paciente

3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía esta específicamente descrita.

1 MUY EN DESACUERDO	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO X
----------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---

Comentarios: En la página 2 de la guía en el ítem de la población objeto se habla de identificación de paciente con signos de sepsis severa y choque séptico hasta la mejoría del estado de salud del mismo, a este ítem le damos una puntuación de 3 ya que hace falta una buena descripción de la población, puesto que no se habla de género, de edad o grupo etario al cual se va a intervenir, condición clínica del paciente por si se presentan comorbilidades.

PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.

1 MUY EN DESACUERDO	2 X	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO X
----------------------------------	----------------------	----------	----------	----------	----------	---

Comentarios: Al momento de querer obtener información acerca de quien realizo la guía, no se evidencia mayor información sobre esto, no dice que personas participaron en la elaboración y desarrollo de la guía, y claramente tampoco información sobre que áreas del ámbito de la salud dieron su aporte para aplicar la guía. Así que arroja una puntuación de 2 ya que no se encuentra información sobre este aspecto y es preciso mencionar que es muy relevante el conocer que personas y que profesiones y especialidades formaron parte de la elaboración de la guía, resaltando que la prestación de un servicio de salud debe ser holística y tomar intervención desde todas las especialidades involucradas.

5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, publico, etc.).

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------------------

Comentarios: Ya que no se obtiene información específica relacionada con el grupo de especialidades y personas que elaboraron la guía, por ende, no se puede evaluar si un grupo de usuarios participaron o si en realidad tuvieron en cuenta a los pacientes diana. Damos una puntuación de 1 por la falta de información sobre la elaboración de la guía respecto al tema de quienes participaron y, además, de esto, el no evidenciarse información sobre la participación de usuarios ya que esto es fundamental para conocer cómo debemos dirigir nuestra atención y aspectos a mejorar.

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos

1 MUY EN DESACUERDO	2 X	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
---------------------------	--------	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: En la página 2 de la guía nos habla que la guía va dirigida a profesionales de urgencias y uci, en lo que estamos en desacuerdo, ya que Una sepsis severa o un choque séptico no son complicaciones presentes solo en el servicio de urgencias y unidad de cuidado intensivo, esto se puede presentar en cualquier servicio del área hospitalaria y en cualquier tipo de paciente sin importar género, raza ni edad.

Damos una puntuación de 2 ya que el personal de salud debe estar capacitado para manejar este tipo de patologías, y debe ser incluido sin importar el área hospitalaria en el que se encuentre ya que debe contar con el conocimiento adecuado

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

1 MUY EN DESACUERDO	2 X	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
---------------------------	--------	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: En la bibliografía podemos observar las fuentes los cuales se tuvieron en cuenta, pero no describen el árbol de taxones, no se tiene claridad los periodos de búsqueda que se tomaron en cuenta, no se menciona la estrategia de búsqueda utilizada. La puntuación es de dos ya que falta más descripción de los métodos sistemáticos utilizados, y además de esto la guía dice que va

dirigida a la uci y al servicio de urgencias, pensamos que no se evidencias suficientes fuentes trabajadas en estas dos áreas.

8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: En ningún lugar del desarrollo de la guía mencionan los criterios de selección de la evidencia, solamente se pueden observar las referencias de las fuentes, pero no hay información de su método de selección y características, no cuenta con descripción de los criterios de inclusión ni exclusión de las evidencias.

9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: no se observan la descripción de las fortalezas ni las limitaciones de la evidencia, no es claro el diseño de los estudios utilizados, la metodología de los estudios realizados no se muestra con claridad, se considera la información sin actualizar ya que presan estudios mayores a 5 años, se debe hacer más énfasis en el manejo de terapia farmacológica y medios diagnósticos.

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.

1 MUY EN DESACUERDO	2 X	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
---------------------------	--------	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: La descripción de la metodología y muestra de los estudios debe de ser más amplia, se puede incluir casos clínicos donde nos ayuden a mejorar y comparar sintomatología, diagnóstico y tratamiento y añadir recomendaciones más concretas.

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: no se encuentra recomendaciones, ni beneficios en salud, efectos secundarios ni riesgos. Se deben incluir pronóstico de la condición de acuerdo a la severidad y evolución, recomendaciones explícitas y educación al paciente, indicadores de adherencia a la guía.

12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: no se observa recomendación, debe existir una relación explícita con las evidencias en las que están basadas. Los usuarios de la guía deben ser capaces de identificar los

componentes del cuerpo de evidencia, relevantes para cada recomendación. Se debe tener más claridad entre evidencia y recomendación.

13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su aplicación

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: No se presenta una descripción de la metodología utilizada para realizar la revisión externa, Los revisores no deben haber estado implicados en el grupo elaborador y deben incluir expertos en el área clínica y expertos en metodología.

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: En la guía no se precisa el procedimiento de actualización. La guía Debe proporcionarse una clara descripción del procedimiento de actualización.

CLARIDAD Y PRESENTACIÓN

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO X
--------------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentarios: en la guía se observa las recomendaciones dadas para el tratamiento y el manejo dado según la severidad del paciente, no es claro es porque se da un manejo de cristaloides (disponibilidad) y hasta qué punto beneficiaría a la recuperación del paciente, además no se observa el manejo dado por edad etaria, y medidas adecuadas que se deberían tomar en pacientes con patologías crónicas (cuál sería el tratamiento adecuado)

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente

1 MUY EN DESACUERDO	2 X	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
---------------------------	--------	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: se habla de una guía para el manejo diagnóstico de la sepsis severa y el shock séptico, no se observa con claridad las opciones de tratamiento y la diferenciación que hay en cada episodio, se debería mostrar en la guía el abordaje que se debe realizar con diferentes opciones de tratamientos o alternativas de el, teniendo en cuenta los diagnósticos de base que puede tener cada individuo

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: las personas o profesionales que necesiten la guía no pueden identificar fácilmente el procedimiento o manejo, ya que no se evidencia un esquema algorítmico o grafica que den la guía rápida de manejo para que se pueda identificarse con más facilidad y claridad el procedimiento y manejo que se quiere llegar

APLICABILIDAD

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.

1 MUY EN DESACUERDO	2	3	4	5 X	6	7 MUY DE ACUERDO
---------------------------	---	---	---	--------	---	------------------------

Comentarios: las descripciones en la guía no son claras ni precisas se habla del manejo, pero no se explica cuál sería el resultado, esperado ante el paciente según el tratamiento utilizado, desde el inicio se habla de unos costos, pero no de que tan efectivo sería en el paciente, en la elección de los antimicrobianos no se menciona clasificación según germen o microorganismo que se quiera atacar para si poder tener más claridad el inicio de antibioterapia.

19. La guía proporciona Consejo y / o herramientas sobre como las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: en la guía no se evidencian un documento con una gráfica, algoritmo o cuadro de resumen de implementación del proceso, donde se pueda consultar con más facilidad y agilidad en el momento de necesitarse.

20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: No se habla de ningún tipo de implementación o manejo diferentes en cual se pueda tener en cuenta, no hacen referencia de ningún documento adicional o guía que se necesite o se utilice en el manejo de esta, en la guía no se evidencia en ningún ítem sobre costos específicos o se necesiten adicionalmente el proceso

21. La guía ofrece criterios para monitorización y –o auditoría.

1 MUY EN DESACUERDO X	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO
--------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Comentarios: en la guía no se habla de ninguna continuidad en el manejo del paciente ofreciendo algún tipo de monitorización o equipos que se puedan utilizar en el momento que el paciente lo necesite. La guía no muestra párrafos o anexos que se deben tener en cuenta para seguir, o donde se evidenciando los resultados clínicos

INDEPENDENCIA EDITORIAL

22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.

1 MUY EN DESACUERDO	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO X
---------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentarios: El desarrollo de la guía no se ve afectado por intereses económicos, ya que durante el desarrollo no se incurrieron en gastos de tipo económico, únicamente el gasto en los trabajadores, involucrados en el desarrollo de esta. Durante la guía no se observa aporte por parte de algún ente o persona que sea de tipo FINANCIADOR, motivo por el cual se puede concluir que NO hay ningún tipo de interés.

23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.

1 MUY EN DESACUERDO	2	3	4	5	6	7 MUY DE ACUERDO X
----------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Comentarios: No se encuentra registro o declaración escrita explícita donde se declare la existencia o no de algún conflicto de interés por parte de los miembros del grupo que elaboraron la presente guía.

Reporte AGREE II

DOMINIO/ ITEM	EVALUADOR No. 1	EVALUADOR No. 2	PUNTAJE TOTAL
DOMINIO 1 - ALCANCE Y OBJETIVO			
Ítem 1. El (los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	14
Ítem 2. El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	5	5	10
Ítem 3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	5	5	10
SCORE PARA 2 EVALUADORES	17	17	34 78%
DOMINIO 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES			
Ítem 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	3	3	6
Ítem 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).	2	2	4
Ítem 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	7	14
SCORE PARA 2 EVALUADORES	12	12	24 50%
DOMINIO 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN			
Ítem 7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	2	2	4
Ítem 8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	2	2	4
Ítem 9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	3	3	6
Ítem 10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	2	2	4
Ítem 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	2	2	4
Ítem 12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	2	2	4

Ítem 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	2	2	4
Ítem 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1	1	2
Score para 2 evaluadores	16	16	32 17%

DOMINIO 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN

Ítem 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	5	5	10
Ítem 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	5	5	10
Ítem 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	4	4	8
score para 2 evaluadores	14	14	28 61%

DOMINIO 5 – APLICABILIDAD

Ítem 18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	4	4	8
Ítem 19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	2	2	4
Ítem 20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	2	2	4
Ítem 21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	2	2	4
Score para 2 evaluadores	10	10	20 25%

DOMINIO 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL

Ítem 22: Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influenciado el contenido de la guía.	4	4	8
Ítem 23: Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	2	2	4
score para 2 evaluadores	6	6	12 33%

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA

Puntaje calidad global de la guía.	3	3	
---	---	---	--

Recomendación de guía para su uso.	Las recomendaciones no tienen criterios de evaluación	Las recomendaciones no tienen criterios de evaluación
---	--	--

Elaboro Néstor Suarez. Se garantiza la propiedad intelectual de las fuentes de información utilizadas.

La guía de práctica clínica se evalúa desacuerdo a los criterios AGRRE en los cuales los resultados son los siguientes:

Dominio 1. El objetivo general y el alcance se deben ampliar y actualizar según críticos de evaluación de sepsis y shock séptico.

Dominio 2. Participación de los implicados, se debe especificar y definir los usuarios diana de la guía, así también la preferencia de la población.

Dominio 3. Rigor de la elaboración, el método sistemático para la búsqueda de información respecto a la guía se debe ampliar, junto con los criterios para seleccionar la evidencia, ya que en este caso se debe tener en cuenta formulación de recomendaciones basadas en la evidencia del manejo de sepsis y shock séptico.

- Se debe ser puntual en cuanto los beneficios de la salud, los efectos secundarios y los riesgos.
- La guía debe relacionar las recomendaciones junto con la evidencia.
- Se recomienda la revisión por expertos externos con conocimientos del tema.
- Se deben definir los tiempos para cada actualización de la GPC

Dominio 4. Claridad y presentación

- Las recomendaciones deber ser específicas y no ambiguas.
- Las distintas posiciones para manejo de la enfermedad y condiciones de salud no son claras.
- Las recomendaciones claves para el manejo son poseen evidencia por lo cual no se identificar con facilidad.

Dominio 5. Aplicabilidad

- No se observa evidencia en las recomendaciones acerca de resultados llevados a la practica
- La guía debe ofrecer criterios de para la monitorización y auditoria.

Dominio 6. Independencia editorial

- Los puntos de vista de la entidad financiera no han influido en el contenido de la guía.
- No se han registrado los conflictos de interés de los miembros del grupo elaborador de la guía.

En base a lo anterior mencionado no se refleja un nivel de confiabilidad en esta GPC de manejo de sepsis y shock séptico de la subred tunal, ya que la mayor inconsistencia que se encuentra es la no aplicación de evidencia clínica en la guía lo cual hace insatisfactorias las recomendaciones establecidas.

Conclusiones

1. La guía no cumple con el rigor metodológico la transparencia y el contenido, que debe tener una guía del manejo de sepsis y shock séptico basada en evidencia. De acuerdo a los indicadores de calidad del AGREE II
2. Dominio uno: No es puntual en cuanto a los beneficios de la salud, los efectos secundarios y los riesgos. No relaciona las recomendaciones junto con la evidencia. No tiene definido los tiempos para cada actualización de la GPC
3. Dominio dos: Participación de los implicados, especifica y definir los usuarios diana de la guía, así también la preferencia de la población.
4. Dominio tres: No es puntual en cuanto a los beneficios de la salud, los efectos secundarios y los riesgos. No relaciona las recomendaciones junto con la evidencia. No tiene definido los tiempos para cada actualización de la GPC
5. Dominio cuatro: Las recomendaciones no son específicas. Las distintas posiciones para manejo de la enfermedad y condiciones de salud no son claras. Las recomendaciones claves para el manejo son poseen evidencia por lo cual no se identificar con facilidad.
6. Dominio cinco: No se observa evidencia en las recomendaciones acerca de resultados llevados a la práctica. La guía no ofrece criterios para la monitorización y auditoría
7. Dominio seis: Los puntos de vista de la entidad financiera no han influido en el contenido de la guía. No se han registrado los conflictos de interés de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Recomendaciones

Al realizar la evolución de la guía de práctica clínica para de manejo de sepsis y shock séptico del hospital tunal, con la metodología AGREE II no cumple el rigor metodológico transparencia y calidad.

Se recomienda la construcción de una nueva quía de práctica clínica basada en evidencia que cumpla con los lineamientos establecidos por el ministerio de salud y protección social, dado que la que existe en la UMHES Tunal no cumple estos requisitos.

Bibliografía

- Bruhn C. Alejandro¹, P. M. (2017). Manejo del paciente en shock séptico. *ELSEVIER*, 293-301.
- FERNEY ALEXÁNDER RODRÍGUEZ, A. I. (2008). Guía de práctica clínica para el diagnóstico. *EDUCACUIÓN Y PRACTICA DE LA MEDICINA • Guía práctica de urgencias en sepsis*.
- Gabriel CG, A. C. (Marzo de 2014). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Fundación Santafé de Bogotá*. Obtenido de <http://gpc.minsalud.gov.co>
- II, i. p. (mayo de 2009). *consorcio AGREE* . Obtenido de iacs@guisalud.es
- José Luis Aguayo-Albasini, B. F.-P.-A. (2014). Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *ELVESEVIER*, 82-88.
- María Eugenia Niño-Mantilla¹, C. M.-S. (2014). Mortalidad por sepsis e infecciones complicadas en el departamento de. *Universidad y Salud* .
- Rhodes, A. A. (2017). Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico. *care med*, 486-552.
- salud, s. i. (2017). *oficina de gestion del conocimiento*. Obtenido de www.subredsur.gov.co