



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Evaluación de la Implementación de la Guía de Práctica Clínica de Trombocitopenia Inmune Primaria en un hospital pediátrico de Bogotá

Héctor Andrés Romero Castro

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de pediatría
Bogotá, Colombia
2020

Evaluación de la Implementación de la Guía de Práctica Clínica de Trombocitopenia Inmune Primaria en un hospital pediátrico de Bogotá

Héctor Andrés Romero Castro

Trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:
Pediatra

DIRECTOR Y COAUTOR

Adriana Linares Ballesteros

Profesor asociado departamento de Pediatría Universidad Nacional.

Oncohematología pediatra hospital de la misericordia.

Codirector (a):

Dra. Marcela Torres Amaya

Epidemióloga

Dr. Edgar Cabrera

Medico, Pediatra, Onco Hematólogo

Línea de Investigación:

Defectos de coagulación

Grupo de investigación:

Oncohematología Pediátrica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría

Bogotá, Colombia

2020

“La universidad Nacional de Colombia no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Agradecimientos

A Dios, a los niños y niñas que son la fuente de inspiración en la búsqueda del saber ser, saber hacer, a mis tutores y personas cercanas que hicieron posible este proyecto.

RESUMEN

Introducción:

Las guías de práctica clínica (GPC) son documentos que reúnen evidencia con el fin de proveer recomendaciones basadas en estudios para tomar buenas prácticas clínicas, La trombocitopenia inmune primaria (PTI) al ser una enfermedad autoinmune con presentación, características y curso clínico muy variables, hace que su diagnóstico, tratamiento y seguimiento sean puntos de discusión que ameritó la creación de una guía, La poca adherencia de los profesionales de la salud hacia las GPC hace que en algunas ocasiones se genere un enfoque erróneo y con esto un inadecuado manejo integral de la patología, por lo que una estrategia de implementación es una estrategia para combatir este problema.

Metodología: Se planteó un estudio de antes y después sin grupo de control. En donde los sujetos de estudio son los profesionales de la salud del Hospital de la Misericordia. Se aplicó una encuesta pre-test para evaluar los conocimientos y prácticas de los trabajadores de la Salud de esta institución, y posteriormente de la socialización de la GPC de PTI se realizó una prueba pos test con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos sobre manejo y enfoque PTI.

Resultados: Se evidencio que todos los profesionales evaluados conocían previamente la definición de PTI, con una notoria mejoría en el conocimiento de los paraclínicos adecuados para el diagnóstico de PTI (De un 28 a un 57%), además de evidenciarse un adecuado manejo inicial en urgencias (40% más aciertos), así como en los diferentes escenarios clínicos de sangrados probables; en cuanto al seguimiento se alcanzó un 100% de respuestas adecuadas.

Conclusión: Se evidencio una mejoría de casi el 27% en la adherencia de la guía posterior a la implementación, por ende se infiere un resultado positivo en el manejo, diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes con PTI que asisten a la institución, impactando en la calidad de vida de los niños.

Palabras claves: Trombocitopenia inmune primaria, trombocitopenia, plaquetas, Guía de Práctica Clínica, Test.

ABSTRACT

Introduction: Clinical practice guidelines (CPG) are documents that gather evidence in order to provide study-based recommendations for good clinical practice. Primary immune thrombocytopenia (ITP), being an autoimmune disease with highly variable presentation, characteristics and clinical course, makes its diagnosis, treatment and follow-up points of discussion that merited the creation of a guideline. The low level of adherence of health professionals to CPGs sometimes leads to an erroneous approach and thus an inadequate comprehensive management of the disease.

Methodology: A before and after study without a control group was proposed. Where the subjects of study are the health professionals of the Hospital de la Misericordia. A pre-test survey was applied to evaluate the knowledge and practices of the health workers of this institution. After the socialization of the ITP CPG, a post-test was carried out to evaluate the knowledge acquired about management and the ITP approach.

Results: It was evidenced that all the evaluated professionals knew previously the definition of ITP, with a notorious improvement in the knowledge of the paraclinics suitable for the diagnosis of ITP (from 28 to 57%), besides an appropriate initial management in emergencies was evidenced (40% more successes), as well as in the different clinical scenarios of probable bleedings; as far as the follow-up, 100% of suitable answers were reached.

Conclusion: There was an improvement of almost 27% in adherence to the guidelines after implementation, and thus a positive result was inferred in the management, diagnosis, and medical treatment of patients with ITPs who attend the institution, impacting the quality of life of the children.

Key words: Primary immune thrombocytopenia, thrombocytopenia, platelets, Clinical Practice Guidelines, Test.

Contenido

	<u>Pág.</u>
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	11
3. Justificación	12
4. Pregunta de Investigación	14
5. Hipótesis	14
5. 1 Hipótesis nula	14
5.2 Hipótesis alternativa	14
6. Objetivos	15
6.1 Objetivo general	15
6.2 Objetivos específicos	15
7. Marco Teórico	16
7.1 Trombocitopenia inmune primaria (PTI)	16
7.2 Guías de Práctica Clínica	18
7.3 Metodología GRADE	20
7.4 Guías de Práctica Clínica en Colombia	20
7.5 Implementación en Colombia.	21
7.6 Marco normativo colombiano	22
8. Metodología	23
8.1 Tipo de estudio	23
8.2 Definición de sujetos de estudio	23
8.3 Proceso de implementación	23
8.3.1 Planeación y Construcción del Plan de Implementación.	26
8.3.2 Identificación de Barreras y facilitadores de implementación	27
8.3.3 Estrategias de implementación generales y difusión	28

8.3.4 Identifique los recursos y el plan de incentivos	29
8.3.5 Elaboración de línea de base	30
8.3.5.1 Medición y Análisis de Indicadores	30
9. Implementación de la guía	32
9.1 Medición post-implementación y análisis	33
9.1.1 Impacto de Implementación	34
10. Presupuesto	35
11. Cronograma	36
12. Resultados	37
13. Discusión	47
14. Conclusiones	49

Lista de tablas

	<u>Pag.</u>
Tabla 1. Marco Normativo Colombiano	21
Tabla 2. Categoría y Tipos de Barrera, Tomado del Ministerio de Salud, 2014.	27
Tabla 3. Presupuesto general (Proyecto de investigación anual)	34
Tabla 4. Cronograma de implementación de la guía de PTI.	35

Lista de gráficas

Gráfica 001. Esquema proceso de implementación de la guía PTI.	24
Gráfica 002. Conocimiento de la existencia de la GPC	36
Gráfica 003. Preferencia de divulgación de la GPC.	37
Gráfica 004. Resultados pretest y postest de la definición de PTI.	38
Gráfica 005. Resultados pretest de la actitud inicial de urgencias PTI	39
Gráfica 006. Resultados postest de la actitud inicial de urgencias PTI.	39
Gráfica 007. Resultados pretest del manejo clínico de PTI.	40
Gráfica 008. Resultados postest del manejo clínico de PTI.	40
Gráfica 009. Resultados pretest de la conducta en sangrado moderado PTI	41
Gráfica 010. Resultados postest de la conducta en sangrado moderado PTI	41
Gráfica 011. Resultado pretest de la conducta clínica en PTI grave.	42
Gráfica 012. Resultado postest de la conducta clínica en PTI grave.	42
Gráfica 013. Resultado pretest de la definición de la respuesta al tratamiento.	43
Gráfica 014. Resultado postest de la definición de la respuesta al tratamiento.	43
Gráfica 015. Resultado pretest de la dosis de inmunoglobulina.	44
Gráfica 016. Resultado postest de la dosis de inmunoglobulina.	44
Gráfica 017. Resultado pretest seguimiento de PTI.	45
Gráfica 018. Resultado postest seguimiento de PTI.	45

1. Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos que incluyen recomendaciones, afirmaciones publicadas de forma sencilla, conformadas con base en revisiones sistemáticas de la evidencia y la evaluación de los riesgos y beneficios de las opciones del manejo que deben poner en práctica los médicos ante los pacientes, cuya finalidad es optimizar su cuidado.

La generación de recomendaciones específicas en una GPC es el resultado de un proceso metodológico exigente, complejo y riguroso. Sin embargo, implementar una GPC aun siendo desarrolladas con la metodología más adecuada, no garantiza su adecuada utilización en la práctica clínica, ni su impacto favorable en la calidad de servicios de salud; así como no se puede intuir la disminución de desenlaces negativos, o de los costos en la prestación de los servicios. Numerosos estudios demuestran un bajo cumplimiento de las recomendaciones contenidas en una GPC.

La trombocitopenia inmune primaria (PTI), es una condición clínica que se caracteriza por la disminución de plaquetas en la sangre periférica, mediada por anticuerpos dirigidos contra antígenos plaquetarios que aceleran su destrucción periférica e incluso pueden inhibir la producción de las mismas, lo cual se traduce en sintomatología de hemorragia siendo la más característica la presencia de petequias y hemorragia muco-cutánea.

La importancia del conocimiento de esta patología se ve reflejada en el momento de enfrentarse con el paciente en el escenario clínico, la toma correcta de decisiones se traduce en el buen quehacer del profesional de la salud en el momento del oportuno diagnóstico, eficaz manejo y adecuado seguimiento de los pacientes que sufren esta condición clínica.

2. Planteamiento del problema

Implementar una Guía de Práctica Clínica (GPC) es un proceso estricto, dinámico y adaptable al cambio, adicionalmente caracterizado por ser riguroso, secuencial y con capacidad de generar resultados medibles; La inquietud actual consiste en lograr que las recomendaciones contenidas en las GPC sean llevadas a la práctica, cumpliendo con la finalidad para la cual se generaron.

Luego de consultar las bases de datos no se encontraron precedentes de implementación GPC para el diagnóstico y manejo de Trombocitopenia Inmune Primaria en paciente pediátrico en el país. En Hispanoamérica las guías disponibles y a las cuales se hacen referencia son las de grupos de investigación de países como España, Argentina y México, con baja calidad al ser evaluadas con instrumentos idóneos y herramientas aplicativas como el GRADE. El grupo de investigación de Oncohematología pediátrica avalado por la Universidad Nacional de Colombia y la Fundación Hospital La Misericordia desarrolló una Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de Trombocitopenia Inmune Primaria en paciente pediátrico, como una estrategia para disminuir la variabilidad clínica del diagnóstico, para abordar y tratar esta enfermedad, sin embargo por el momento no se cuenta en la institución con un proceso de implementación de la misma y por tanto no se ha realizado una medición del impacto de la guía.

3. Justificación

En Colombia existe acuerdo respecto a la utilidad de las GPC, sin embargo, la existencia de éstas por si solas no son suficientes para asegurar la calidad de la atención ofrecida al paciente. Por ello, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la implementación de las guías, y con el apoyo de expertos de las sociedades científicas que intervienen en la elaboración de las mismas, motiva a las entidades a socializarlas y adherirse a ellas. El Ministerio de Salud y Protección Social gestionó la elaboración del “Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia”, como herramienta para guiar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en la implementación de las guías disponibles. Se espera que este documento además de definir las herramientas e instrumentos más efectivos para la implementación de GPC, oriente el desarrollo de un plan de implementación local en los diferentes prestadores del país.

La implementación de GPC para una institución de salud es una experiencia novedosa que plantea nuevos retos para el sistema de salud y sus actores. Llevar a la práctica las recomendaciones de las GPC en las instituciones prestadoras de servicios de salud, implica diseñar, planear y ejecutar estrategias de difusión, adopción, diseminación y seguimiento en las instituciones de salud. Este escenario complejo requiere de un trabajo conjunto y armónico que involucra el compromiso y la participación activa de todos los integrantes de la institución de salud.

El diagnóstico y tratamiento de la trombocitopenia inmune en niños tiene implicaciones relacionadas con la salud de los infantes; La pertinencia y urgencia de la implementación de un protocolo que llegará a impactar tanto en el paciente como en los actores de salud es prioritario para la comunidad. A la fecha existe una Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y manejo de Trombocitopenia

Inmune Primaria en paciente pediátrico, desarrollada por un grupo de investigación avalado por una institución académica y una hospitalaria, con el objetivo de dar el manejo más adecuado de esta patología, por lo que es necesario desarrollar una estrategia de implementación de esta guía práctica clínica en la institución. La importancia de la implementación de esta GPC es que se hará en la institución hospitalaria donde se desarrollan los posgrados de Pediatría y Oncohematología pediátrica de la Universidad Nacional de Colombia.

4. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el impacto de la implementación de la guía de práctica clínica de trombocitopenia Inmune Primaria en paciente pediátrico en La Fundación Hospital de la Misericordia?

5. Hipótesis

Mediante la implementación de una GPC para el tratamiento de pacientes pediátricos que padecen de Trombocitopenia Inmune Primaria y que asisten a un hospital pediátrico de referencia, se disminuirán la cantidad de exámenes de laboratorio para hacer el diagnóstico, se disminuirá el número de pacientes que reciben tratamiento y que probablemente no lo requieren, se disminuirán las hospitalizaciones para este grupo de pacientes, en resumen se disminuirá la heterogeneidad en el abordaje de la patología en si.

5.1 Hipótesis nula

La implementación de la guía no impacta el desenlace clínico ni la calidad del proceso en la atención a pacientes pediátricos que padecen de Trombocitopenia Inmune Primaria en la fundación Hospital La Misericordia.

5.2 Hipótesis alternativa

La implementación de la guía si impacta el desenlace clínico , así como en la calidad del proceso en la atención a pacientes pediátricos que padecen de Trombocitopenia Inmune Primaria en la fundación Hospital La Misericordia.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de la implementación de la guía de práctica clínica de Trombocitopenia Inmune Primaria en paciente pediátrico en la Fundación Hospital La Misericordia con relación a indicadores de impacto y proceso.

6.2 Objetivos específicos

- Establecer un plan de implementación de la guía de práctica clínica de PTI en paciente pediátrico, buscando mejorar la adherencia del personal asistencial de HOMI
- Identificar barreras y limitaciones para la implementación de la guía de práctica clínica de PTI en paciente pediátrico en la Fundación Hospital La Misericordia.
- Formular los distintos indicadores de estructura, procesos y resultados de la implementación de la GPC de Trombocitopenia Inmune Primaria en paciente pediátrico.
- Retroalimentar el proceso posterior a los resultados de la implementación de la GPC mediante el monitoreo de los indicadores propuestos.

7. Marco Teórico

7.1 Trombocitopenia inmune primaria (PTI)

Se entiende por trombocitopenia inmune primaria (PTI), la condición clínica que se caracteriza por la disminución de las plaquetas en sangre periférica, mediada por anticuerpos dirigidos contra antígenos plaquetarios que aceleran su destrucción periférica e incluso pueden inhibir la producción de las mismas. La manifestación clínica predominante es la hemorragia en piel y mucosas, siendo la más característica la presencia de petequias. (Ruiz, 2015)

La PTI es un diagnóstico de exclusión, y su tratamiento se enfoca desde el punto de vista clínico pudiendo ser desde la simple observación y seguimiento, hasta la administración de esteroides o inmunoglobulina intravenosa en su fase aguda. Las pautas para hacer diagnóstico, las indicaciones para dar tratamiento, especialmente en aquellos pacientes con curso clínico crónico pueden ser heterogéneas y de gran variabilidad en un mismo centro hospitalario.

El término “púrpura trombocitopénica idiopática” ha dejado de considerarse adecuado para definir esta enfermedad y recientemente ha sido sustituido por el de trombocitopenia inmune primaria (Saenz, et al, 2012). El término “idiopática” ha sido reemplazado por “inmune” para hacer referencia al mecanismo inmune en el que se basa la enfermedad y se ha introducido “primaria” para indicar la ausencia de una causa subyacente que justifique la trombocitopenia. Se ha eliminado también el término “púrpura”, ya que no es condición sine qua non para el diagnóstico de la enfermedad la aparición de síntomas hemorrágicos, porque en muchos casos pueden no estar presentes o sí lo están, de forma muy atenuada. El acrónimo, PTI (ITP en inglés), se mantiene por su significado histórico y su uso consolidado en el lenguaje médico cotidiano.

La incidencia de PTI en niños alrededor de 4 - 5/100.000 niños por año con una incidencia de PTI crónica de 0.46 x 100.000 niños/año y una prevalencia de 5/100.000 niños/año con variaciones raciales y medioambientales. Es la causa de trombocitopenia más frecuente en la edad infantil, sin predominio de género, con un pico de incidencia entre los 4 y 8 años. Algunas condiciones como la edad mayor de 10 años, el sexo femenino, entre otras, constituyen un factor de riesgo para cronicidad. (Blanchette, 2008). La patogenia de la PTI está dada por la destrucción acelerada mediada por auto anticuerpos o la producción inadecuada de plaquetas cuando no es secundaria a otra enfermedad inmune. El diagnóstico de PTI es un diagnóstico de exclusión (Sanz, et. al.,2012), generalmente tiene un curso benigno en los niños, evolucionando a la cronicidad solo un 20 -25%, siendo un poco más frecuente la evolución crónica en los adolescentes (Jayabose, 2002).

La PTI se caracteriza por un recuento de plaquetas $<100 \times 10^9/L$, en ausencia de otros problemas o enfermedades que la justifiquen. Clínicamente los pacientes tienen riesgo de sangrado, aunque no siempre hay manifestaciones hemorrágicas. Según el tiempo de evolución (< 3 meses, 3-12 meses y > 12 meses) se proponen los términos de PTI de reciente diagnóstico, PTI persistente y PTI crónica, respectivamente. El criterio actual de respuesta exige obtener una cifra de plaquetas $30 \times 10^9/L$, con un incremento de más de 2 veces la cifra basal y ausencia de hemorragia. La respuesta completa se define por un recuento $100 \times 10^9/L$ y ausencia de hemorragia.

En niños, habitualmente es de corta duración con recuperación espontánea a los 6 meses en dos tercios de los casos. El 85% de los pacientes se recupera a los 12 meses del diagnóstico. Los signos y síntomas pueden variar desde asintomáticos o con mínimas manifestaciones cutáneas, a episodios de sangrados severos como hemorragia gastrointestinal, hemorragia extensa de piel y mucosas, además de hemorragia intra-craneana, pudiendo incluso comprometer la vida del paciente.

Alrededor de un 3% de los pacientes con PTI tienen manifestaciones clínicas de importancia. Los pacientes con recuentos plaquetarios menores a $10 \times 10^9/L$, se correlacionan con sangrados más severos. La media de edad de presentación es 5,7 años, con un rango entre 1 y 10 años en un 70% de los casos y sin diferencia de sexo. (Verdugo, Kabalan, Et. Al., 2011)

7.2 Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un elemento cada vez más común de la atención en salud a nivel mundial. Los sistemas de salud invierten recursos y esfuerzos enormes en el desarrollo, implementación y divulgación de estos elementos, con el objetivo de extender la cantidad y calidad de información en la evidencia clínica, motivando resultados más eficientes y relaciones de costo y beneficio atractivas para el sector de la salud. En Nueva Zelanda el New Zealand Guidelines Group, en el Reino Unido el Instituto Nacional de Efectividad Clínica (NICE) y la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), así como en los Estados Unidos el National Guideline Clearinghouse, al igual que otras agencias de salud en el mundo, como Haute Autorité de Santé (HAS) de Francia, se han establecido para desarrollar GPC. Adicionalmente existen asociaciones como Guidelines International Network (GIN), Agency for Healthcare Research and Quality/ National Guidelines Clearinghouse CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines y CISMEF (en francés) que se dedican a compilar guías de práctica clínica.

El objetivo de las GPC es mejorar la atención en salud que se brinda a las personas, mediante el fomento de prácticas de demostrada utilidad y la restricción de otras que son inútiles o de resultados poco efectivos.

Desde los años 90 se tienen definiciones sobre una GPC, la Asociación Médica Americana la define como una recomendación para el manejo de pacientes donde identifica una o varias estrategias para el manejo de pacientes, desarrollada para

ayudar a los médicos en la toma de decisiones clínicas. The Forum en el mismo año describe que la GPC es una descripción del proceso de atención que permitirá mejorar la salud y que tiene el potencial de mejorar la calidad de la toma de decisiones médicas (Kredo,2016). La U.S. General Accounting en 1989 resalta adicionalmente que las guías describen el grado de idoneidad y la eficacia relativa de enfoques alternativos para detectar, diagnosticar y/o manejar determinadas afecciones de salud. Una de las definiciones más citadas en la literatura es la del Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines en 1990, donde las guías de práctica clínica son vistas como instrucciones desarrolladas de forma metodológica para ayudar a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas. (Lohr& Field,1990).

En Colombia para el 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social se toma conciencia de la utilidad de las GPC al tenerlas en cuenta como una herramienta central para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica, mejorando así la calidad de la atención (Ortiz,2014), para lo cual se fundamenta en la “Guía pedagógica para la implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia” en el 2014.

Las guías se centran en circunstancias clínicas específicas, que a veces pueden incluir factores organizacionales clínicamente relevantes, característicos de la comunidad, variables sociales e influencias similares en la prestación de servicios de salud. La elección del enfoque en el desarrollo de las directrices dependerá de su propósito, los usuarios previstos y los lugares de atención, la claridad y calidad de la evidencia científica en la que se basan.

7.3 Metodología GRADE

Las guías de práctica clínica brindan recomendaciones sobre los beneficios y desventajas de diferentes intervenciones de las que se dispone en el sector salud. El efectivo desarrollo e implementación impactan directamente en el esfuerzo de la práctica clínica, pudiéndola mejorar en cuanto a calidad y su certeza. El sistema GRADE es una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar el impacto de las recomendaciones en el contexto de desarrollo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o evaluación de tecnologías sanitarias.

GRADE surgió como una iniciativa internacional para optimizar la evaluación de la calidad de la evidencia, evolucionando a partir de los sistemas de clasificación previos y proponiendo un sistema nuevo que mejora la trazabilidad y la transparencia del proceso (<http://www.gradeworkinggroup.org/>). Actualmente, más de 70 instituciones como la Organización Mundial de Salud, la Colaboración Cochrane o el National Institute of Clinical Excellence (NICE) utilizan GRADE en la realización de sus recomendaciones. (Sanabria, 2015).

7.4 Guías de Práctica Clínica en Colombia

Con el fin de mejorar la atención en salud, haciendo énfasis en la optimización de recursos científicos y económicos, en el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social, en alianza con el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología e Innovación (Colciencias), realizó la publicación de 25 Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, con temas como salud materna e infantil, oncología, hipertensión arterial, síndrome coronario agudo, salud mental e infecciones de transmisión sexual.

El Ministerio adoptó las guías de oncología mediante Resolución 1442 de 2013, avanzando en la reglamentación de las Leyes 1388 y 1384 de 2010 relativas al

cáncer. También, durante 2014 el Ministerio desarrolló estrategias pedagógicas, ya que la guía sola no es suficiente, es necesario acompañarla de procesos de enseñanza y divulgación para su conocimiento y adopción. Estas estrategias incluyen conferencias, foros, cursos virtuales, guías pedagógicas, etc.

7.5 Implementación en Colombia.

El grado de conocimiento, de apropiación y de eficacia de una guía son cruciales para su desarrollo y permanencia en el ámbito clínico. Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró un “Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia”, como herramienta para guiar a las IPS en la implementación de las guías que se han creado.

En cuanto a la generación y desarrollo de nuevas guías, el ministerio, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ha desarrollado una Guía Metodológica (GM) para el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC), la cual contiene los lineamientos que se deben seguir para su realización. Con esta GM se busca que las GPC cumplan con las características generales para ser válidas y reproducibles. La GM fue publicada en su primera versión en el año 2011 y fue actualizada en el año 2014.

En la actualidad el SGSSS cuenta con más de 60 GPC basadas en evidencia, las cuales han sido realizadas por diferentes grupos desarrolladores, en el marco de dos metodologías, la versión inicial o versión No. 1 de la GM y la versión actualizada o versión No. 2 de la GM. En la versión No.1 se proponía el uso de la metodología ADAPTE y en la versión No. 2, posterior al análisis por parte de los grupos desarrolladores en relación a la inversión de tiempo y recursos, se contempló el desarrollo de novo de GPC. Para este fin se consideró y recomendó la metodología denominada “adopción de evidencia”, proveniente de GPC elegibles y de óptima

calidad que usaron el sistema GRADE, pero no de la adaptación o adopción propia de GPC o de sus recomendaciones, lo anterior se traduce, en el uso de la evidencia que soportó las recomendaciones

7.6 Marco normativo colombiano

Tabla 1. Marco normativo colombiano.

	Nombre
Resolución 1442 de 2013	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica – GPC para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata y se dictan otras disposiciones
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
Resolución 418 de 2014	Por la cual se adopta la Ruta de Atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia en Colombia.
Resolución 5592 de 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3202 de 2016	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 429 de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud
Resolución 1416 de 2016	Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.

8. Metodología

8.1 Tipo de estudio

Estudio Antes y Después sin grupo control.

8.2 Definición de sujetos de estudio

. Los pacientes menores de 18 años con diagnóstico confirmado o sospecha de PTI que ingresen a la Fundación Hospital La Misericordia

- Trabajadores de la Salud de la Fundación Hospital La Misericordia: personal de Urgencias, servicio de oncohematología pediátrica, pediatras de consulta externa e internación, enfermeras adjuntas.

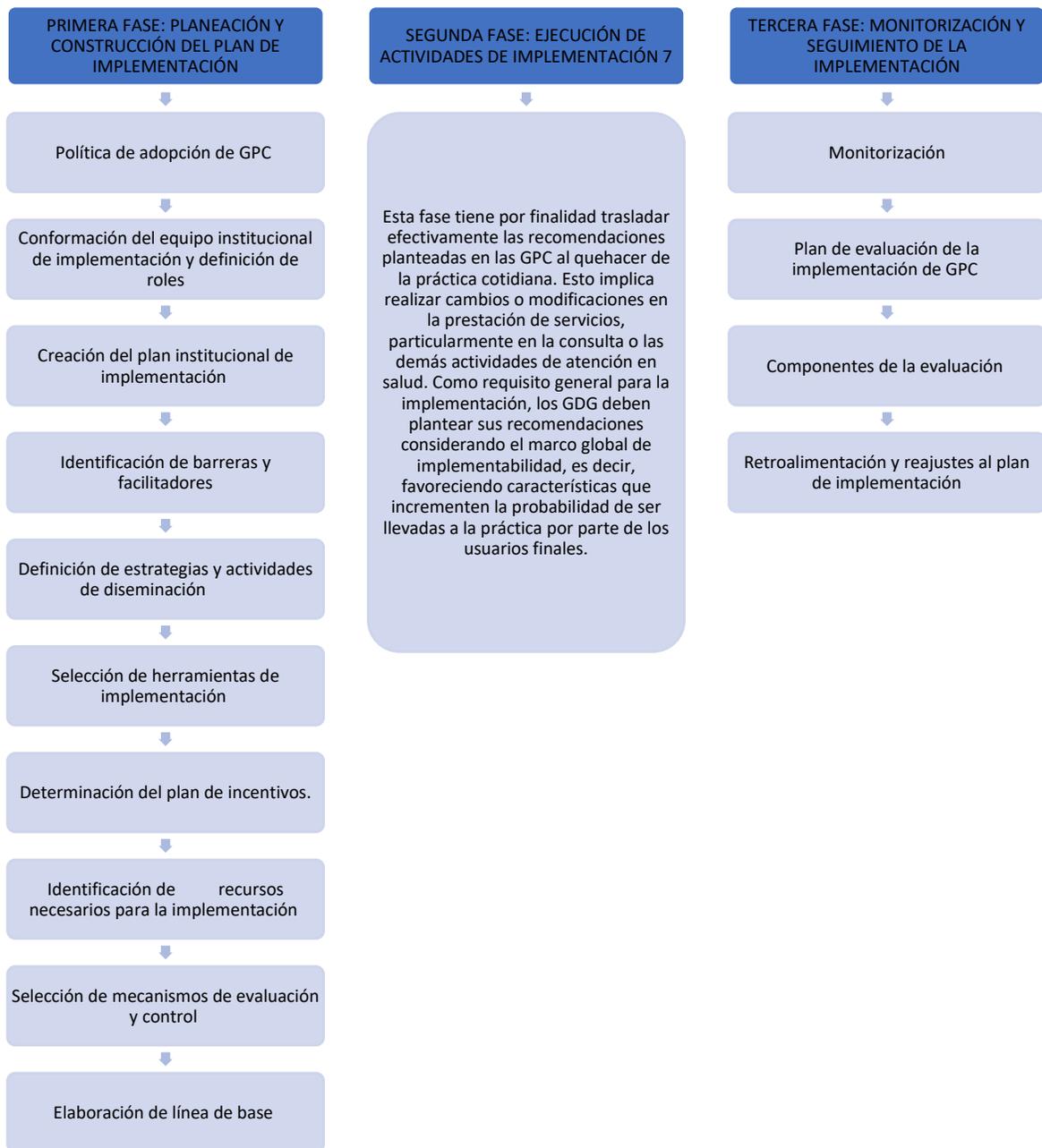
8.3 Proceso de implementación

Para garantizar el uso efectivo de las recomendaciones de una guía clínica y el impacto deseado en todos los actores como profesionales de la salud y pacientes, es necesario plantear procesos dinámicos, estructurados en un orden específico, por lo cual se planea seguir el Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2014. Este manual se basa en los resultados de dos revisiones sistemáticas, modelos y estrategias de implementación e incluye recomendaciones de implementación planteadas en las diferentes GPC elaboradas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), observaciones recopiladas en grupos focales con profesionales de la salud que incluyen clínicos y de gestión de la calidad.

El manual valora positivamente la flexibilidad del modelo PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services), que postula la eficacia de la implementación en función de tres dimensiones: la naturaleza y el tipo de la

evidencia; las cualidades del contexto en el que se introduce la evidencia; y la forma en que el proceso se facilita. En este proceso se pueden identificar tres grandes fases en el proceso de implementación: planeación y construcción del plan de implementación (primera fase); ejecución de las actividades de implementación (segunda fase); y seguimiento y monitoreo (tercera fase).

El proceso de implementación de una GPC en una institución prestadora de servicios de salud incluye la definición de la política institucional de adopción de GPC, la conformación del equipo institucional, la creación del plan institucional y la elaboración de la línea de base.



Gráfica 001. Esquema proceso de implementación de la guía PTI.

8.3.1 Planeación y Construcción del Plan de Implementación.

Antes de poner en marcha el proceso de implementación es necesario definir algunas actividades previas para tener un proceso de implementación con bases sólidas. A continuación, se detallan las fases previas, en estas se incluirá la definición de la política institucional, la conformación del equipo institucional para la implementación, la creación del plan de implementación y la elaboración de la línea de base.

Todo proceso inicia fundamentalmente con el interés e iniciativa por parte de la institución en la implementación de una GPC, por lo que el Hospital de la Misericordia, deberá asumir y fomentar el compromiso de implantar la GPC y resaltar esta labor como una prioridad organizacional; por tanto debe tomar acciones ante el inicio del proceso en las cuales se encuentra: Nombrar a un representante que acompañe al Equipo de Implementación; Definir políticas institucionales de apoyo a la implementación; Introducir las GPC como parte de los procesos de garantía de la calidad; Incluir los avances del proceso dentro de las agendas de trabajo. Adicionalmente deberá disponer de todos los recursos físicos y humanos necesarios para facilitar el proceso.

El siguiente paso es crear un equipo institucional para desarrollar el plan de implementación, en este caso en particular el autor del presente trabajo formará parte de este grupo, el cual debe estar conformado de manera multidisciplinaria, incluyendo actores provenientes de todos los niveles de participación y de acuerdo con el contexto de aplicación de la GPC, entre los cuales se incluirán los siguientes:

- Coordinador general del proceso
- Líderes de opinión clínicos dentro de la institución (jefe de área o Docente).
- Los pacientes u organizaciones que los representan
- Representantes de los diversos profesionales que prestan atención a los pacientes.

La creación del plan institucional de implementación es el fundamento de este trabajo, donde se desarrollarán el conjunto de actividades que deben seguirse en este proceso, por lo que en un inicio junto al grupo de implementación se debe realizar el diseño del plan de implementación basado en el manual de implementación del ministerio (Ver anexo 1) el cual también debe tener en cuenta las particularidades de la institución para así seleccionar la mejor estrategia para la creación del plan, el cual sigue los pasos a continuación.

Se seleccionó la Guía de PTI, por lo que el equipo implementador deberá tener un claro conocimiento de la práctica clínica actual para saber cuáles recomendaciones ya se ejecutan y cuáles deben ser puestas en funcionamiento, por lo que se construirá un paso a paso para identificar aquellos servicios que estarán involucrados, su grado de complejidad y la población sujeto de la atención y dimensionar el funcionamiento de la organización cuando las recomendaciones sean puestas en marcha.

Además se realizará una revisión minuciosa a las recomendaciones claves de la GPC de PTI, en conjunto con el centro de investigaciones, el gestor clínico y el grupo de Calidad de la institución, quienes definirán las recomendaciones de la guía a implementar mediante la metodología de la evaluación de los servicios de salud, debido a que no todas las recomendaciones de una GPC podrán llevarse a la práctica en todos los ámbitos institucionales, una vez obtenido esto se proseguirá con el plan de implementación.

8.3.2 Identificación de Barreras y facilitadores de implementación

Es imprescindible para el desarrollo de la implementación de la guía, la identificación de las barreras ante el proceso inminente de implementación para

adelantarse al hecho y prever una solución que facilite el adecuado desarrollo del proceso, éstas serán identificadas durante el primer proceso, se tendrán en cuenta algunas categorías presentadas en el manual de implementación de GPC del ministerio (Ver Tabla 1), basados en diferentes estrategias para su obtención de acuerdo al contexto institucional, entre estas podemos tener en cuenta las encuestas o grupos focales. Por el momento, se pueden prever las presentadas en la guía de PTI como son el recurso humano o la falta de conocimiento de la GPC, sin embargo, se debe tener claro que durante el proceso se obtendrá conocimiento de otras barreras que serán descritas en el trabajo final.

Tabla 2. Categoría y Tipos de Barrera, Tomado de Ministerio de Salud, 2014.

Categoría	Tipo de Barrera
Innovación	Factibilidad Credibilidad Accesibilidad Atracción
Individual profesional	Concientización Conocimiento Motivación de cambio Rutinas de comportamiento
Contexto social	Opinión de colegas Colaboración Liderazgo

8.3.3 Estrategias de implementación generales y difusión

Se proponen un plan estratégico para poder difundir la GPC en la institución, se buscará el apoyo de comunicaciones de las estrategias avaladas por la gerencia científica, entre las propuestas previstas para el proceso se encuentran:

- **Capacitación:** Se propone que se desarrollen jornadas de capacitación a nivel institucional, las capacitaciones pueden ser presenciales y en mayor medida virtuales con el fin de facilitar el entrenamiento de los profesionales

para el entendimiento de la guía de PTI y las posibles formas de acceso a la GPC.

- Digitales en las historias clínicas: Las recomendaciones claves a implementar en cada institución son mostradas al abrir la historia clínica de cada niño.
- Sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones: La guía debe ser incluida dentro de aplicaciones móviles, boletines electrónicos institucionales o en páginas especializadas apoyando el proceso de consulta rápida.
- Difusión clásica: La guía puede ser presentada a los grupos de interés y potenciales usuarios.
- Identificación a nivel institucional de los diferentes recursos estratégicos básicos para poder implementar la GPC.
- Políticas de apoyo: La institución cuenta con normas técnicas basadas en programas nacionales y leyes que buscan apoyar la implementación de guías de práctica clínica, la cual sirven como directriz del proyecto y sustentación del mismo.
- Apoyo administrativo: La gerencia de cada institución debe apoyar las actividades de implementación de la GPC con el fin de que estas puedan realizarse adecuadamente.

8.3.4 Identifique los recursos y el plan de incentivos

El equipo de implementación debe identificar los recursos económicos, humanos y técnicos necesarios para que la adopción de las recomendaciones sea efectiva, en el caso particular de este trabajo, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios de la institución, de carácter académico y profesional

8.3.5 Elaboración de línea de base

La línea de base es la primer acercamiento con todos los indicadores previstos en el plan de implementación, permite conocer el valor de los indicadores al momento de iniciarse el proceso y por ende identifica el punto de partida; en este trabajo se tendrá en cuenta dos diferentes líneas de trabajo en indicadores, una consiste en indicadores clínicos fundamentados en los resultados directos en el enfoque diagnóstico, estos se obtendrán por medio de una base de datos la cual se debe construir con información pertinente al manejo clínico y tratamiento de los pacientes del estudio; la segunda línea de indicadores será de percepción por parte de los trabajadores de la salud de la institución (Pediatras, médicos generales, oncohematólogos pediatras, residentes de pediatría y enfermeras), para obtener esta información se les realizará una encuesta donde se consignarán información acerca de los conocimientos previos acerca de la enfermedad, su manejo e implicaciones en la salud antes de la implementación de la guía, allí mismo se les administrará un consentimiento informado de participación del estudio donde se aclarará que se realizará una evaluación posterior.

8.3.5.1 Medición y Análisis de Indicadores

El grupo de implementación tiene como primera tarea, definir los indicadores de proceso e impacto mediante la metodología de la evaluación de los servicios de salud, creando nuevos indicadores que medirán desenlaces clínicos y los indicadores de percepción posterior al proceso, alineados con las recomendaciones trazadas previamente en la guía de PTI, se prevén por el momento los siguientes:

- Pacientes menores de 18 años con sospecha diagnóstica de PTI aguda a quienes se realiza hemograma automatizado completo y extendido de sangre periférica al momento de la primera consulta por este motivo,

- Pacientes menores de 18 años con PTI aguda a quienes se administra como primera línea de tratamiento observación, IGIV (0,8 a 1g/kg dosis total) o un curso corto de corticoesteroide oral por 4 a 7 días.
- Pacientes con PTI aguda sin manifestaciones de sangrado y con más de 20×10^9 /L plaquetas que se hospitalizan.
- Pacientes con diagnóstico clínico de PTI aguda a quienes se realiza aspirado de médula ósea al diagnóstico.
- Pacientes con diagnóstico clínico de PTI aguda a quienes al diagnóstico se realizaron los siguientes exámenes: hemograma automatizado, extendido de sangre periférica, niveles de inmunoglobulinas, hemoclasificación y prueba de Coombs directo.
- Pacientes con PTI aguda en el diagnóstico inicial, con exámenes adicionales a los mencionados previamente.

La metodología para la creación de encuesta de percepción, tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- ❖ Datos de identificación: Cargo, tiempo en la institución, datos personales y de contacto en caso de ser requerido.
- ❖ Número y redacción de preguntas: Deben ser lo más claras y sencillas posibles, evitando la ambigüedad, con un número necesario, evitando hacer preguntas de más. Toda pregunta estará relacionada con el conocimiento actual de PTI y su manejo en la institución, se evitará la aparición de preguntas conducentes, es decir, de aquellas que sugieren la respuesta. Junto a esto, también se debe evitar el hacer preguntas que supongan un grado de conocimientos que el sujeto pueda no poseer.
- ❖ Redactar los escritos que deben acompañar al cuestionario: En primer lugar, una aclaración para el encuestado, donde se solicita su cooperación, ofreciendo información sobre la investigación y agradeciendo su

participación y, en segundo, las instrucciones para el cumplimiento del cuestionario.

Prueba Piloto

Esta forma de aplicación es de gran utilidad para la evaluación del cuestionario el cual podrá ser respondido por personas vía correo electrónico para sondear el comportamiento de las personas ante la encuesta.

Aplicación del cuestionario

En esta fase, se aplicará personalmente los cuestionarios al ser una muestra pequeña, en aras de una mayor efectividad. Se informará el objetivo académico de la encuesta, a la población a la que se dirige, se contactará a los individuos en la se presentará la encuesta a los entrevistados en forma escrita y se recolectarán al final.

9. Implementación de la guía

Al tener esta línea de base, se iniciará con el proceso de implementación de la guía, Esto implica realizar los cambios o modificaciones en la prestación de servicios, particularmente en los puntos de atención en salud, se pondrá en desarrollo sistemáticamente el plan de implementación establecido, esto requiere involucrar estrategias que permitan reducir la resistencia al cambio a la vez que conjugar el equipo de actores responsables, además debe organizar las reuniones de identificación de barreras y a su vez planificar y generar compromisos entre las partes interesadas para la superación de las barreras identificadas, entre estas estrategias se destacan: distribución de materiales educativos, sesiones formativas, participación de líderes, intervenciones mediadas por pacientes,

auditoría y retroalimentación, uso de recordatorios, uso de medios de comunicación masivos.

9.1 Medición post-implementación y análisis

Para evaluar el impacto de la implementación de la GPC, es necesario medir el nivel de familiaridad que se ha alcanzado con la guía y el uso actual. Es necesario recolectar información sobre el uso de los recursos y cambios en los desenlaces clínicos de los pacientes. La medición post-implementación debe permitir la comparación del antes y después.

El Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia del Ministerio de Salud propone 6 aspectos a considerar en la evaluación: 1) Diseminación de la guía, 2) Si la práctica clínica se dirige a las recomendaciones de la GPC. 3) Si los desenlaces de salud han cambiado. 4) Si la GPC ha contribuido a cualquier cambio en la práctica clínica. 5) Impacto de la GPC en el conocimiento y entendimiento de los usuarios. 6) Evaluación económica del proceso.

Con respecto a los indicadores, con una descripción del antes y después con respecto al índice de confianza 95% se evaluará el impacto y la adherencia de la GPC.

En el último semestre del 2018 se recibieron en promedio 13 pacientes por mes. Este número de pacientes será el referente para los demás análisis sobre la línea base. Como se plantean indicadores de impacto deben seguir las siguientes características:

1. Expresar los cambios ocasionados a partir de la implementación de la GPC. Debe permitir la comparación con la situación anterior a la implementación y en los sucesivos cortes evaluativos programados. Para ello es necesario

disponer una “línea de base” y los momentos de evaluación intermedia, final y de impacto.

2. Reflejar cambios observados en la población objetivo, así como de situaciones expresadas cualitativamente (satisfacción, salud, bienestar).
3. Se deben definir desde el diseño de las actividades de implementación y, de esa manera se garantiza su solidez y confiabilidad.

Pueden ser cuantitativos y cualitativos, estos últimos están basados en la percepción o el grado de convicción del participante sobre una cierta situación.

Estadísticamente la mayoría de indicadores pueden expresarse como proporción, que es la medida de estadística descriptiva que más se usa. Es el número de observaciones con una característica en particular entre la población de referencia. El numerador siempre está incluido en el denominador. Se expresa en porcentaje, por ejemplo:

- Calidad: Porcentaje de aprobación respecto total encuestas de opinión a los usuarios
- Resultado: % resultado logrado exitosamente respecto al realizado-solicitado)
- Focalización: Logrado respecto del universo
- Cobertura: Logrado respecto de la demanda posible
- Impacto: Logrado respecto del problema que se quiere atacar

9.1.1 Impacto de Implementación

El impacto de esta implementación se medirá por medio del cumplimiento de los indicadores propuestos y descritos tanto del proceso de la implementación como los indicadores de resultado, para concluir si se logró el objetivo propuesto de la GPC en la institución, estos se comunicarán al comité de implementación y directivas de la institución.

Con base en los resultados de la evaluación, el equipo de implementación deberá revisar si existen recomendaciones que no han sido adoptadas y evaluar las causas por las cuales no fueron puestas en funcionamiento en el HOMI. Posteriormente, deberá evaluar un cambio en las estrategias de implementación del plan, para mejorar la adherencia de las recomendaciones de la GPC

10. Presupuesto

Tabla 3. Presupuesto general (Proyecto de investigación anual)

CUADRO DE COSTOS ANUAL				
Ítem	Unidad	Cantidad	Valor Unidad	Valor Total
A. Operacionales				
Aplicación Móvil	Unidad	1	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00
B. Administrativos				
Computador	Unidad	1	\$ 2.500.000,00	\$ 2.500.000,00
C. Generales				
Papelería		NA	\$ 200.000,00	\$ 200.000,00
Material de apoyo		NA	\$ 500.000,00	\$ 500.000,00
Elementos de divulgación		NA	\$ 500.000,00	\$ 500.000,00
TOTAL				\$ 9.700.000,00

11. Cronograma

Tabla 4. Cronograma de implementación de la guía de PTI.

Fase	Mes																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Primera Fase: Creación de línea base	■	■	■														
Segunda Fase: Proceso de Implementación de la GPC				■	■	■	■	■	■								
Tercera Fase: Medición Post implementación										■	■	■					
Cuarta Fase : Análisis y escritura de artículo													■	■	■	■	

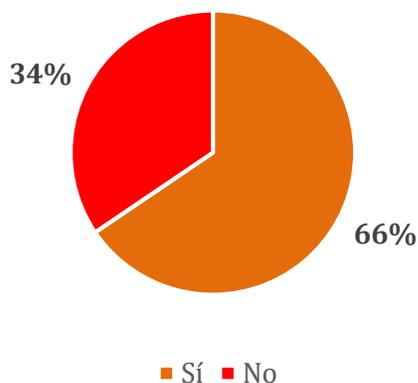
12. Resultados

Para analizar los resultados del pretest y postest se realiza una categorización con respecto a las recomendaciones y objetivos de la guía de PTI.

Las preguntas realizadas en el pre test y postest fueron idénticas con un intervalo entre cada evaluación de 11 meses entre la aplicación de una y otra, se aplicaron a una muestra representativa variada de personal médico de la fundación Hospital de la Misericordia en donde el pretest, el postest aseguró que los encuestados hubieran recibido al menos una vez la capacitación de la Guía y con acceso en el último mes a la misma.

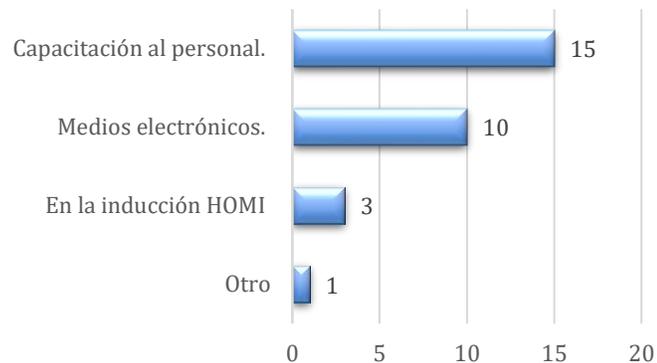
12.1 Construcción de línea base

Para el primer acercamiento con el conocimiento previo de la GPC de PTI, se realizaron 29 encuestas entre el 01/10/2019 y el 15/10/2019 en la Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia a profesionales de la salud para conocer sus conocimientos sobre el manejo de PTI en la práctica actual de la institución, gracias a que se cuenta desde el año 2018 con una guía de práctica clínica en HOMI.



Grafica 002. Conocimiento de la existencia de la GPC.

De los 29 encuestados 19 manifestaron conocer la guía, mientras que los restantes 10 no la conoce. Proyectando este resultado podemos inferir que aproximadamente 6 de cada 10 profesionales conocen la guía de práctica clínica de la Trombocitopenia Inmune Primaria en la población pediátrica de HOMI, Este resultado permitió fortalecer la estrategia de divulgación para mejorar la apropiación de la guía, la cual quedo con una ruta sencilla en la Intranet de la institución.



Grafica 003. Preferencia de divulgación de la GPC.

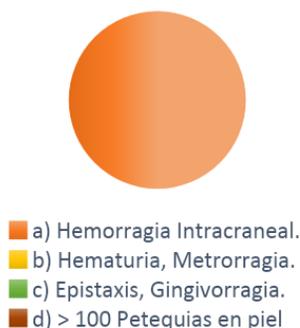
La metodología más aceptada para la difusión de la información es la capacitación personal, por tanto se realizó un webinar en dos ocasiones para presentar la GPC, los medios digitales también fueron aprovechados al distribuir la guía en el chat de los diferentes líderes de los servicios para su socialización, En síntesis, la guía se difundió tanto virtual como presencial para llegar a abarcar la mayoría de profesionales

Para analizar los resultados del pretest y postest se realiza por medios de los indicadores previsto con respecto a las recomendaciones y objetivos de la guía, Las preguntas realizadas en el pre test y postest fueron en base a escenarios

clínicos que evaluaron en totalidad los indicadores, en ambos test las preguntas fueron idénticas, con un intervalo entre cada evaluación de 11 meses entre la aplicación de una y otra, se tomó una muestra representativa variada de personal médico de la fundación Hospital de la Misericordia en donde previo a las evaluaciones se aseguró que los encuestados hubieran recibido al menos una vez la capacitación de la Guía y con acceso en el último mes a la misma.

12.2 Definición

Todos los profesionales reconocían previamente la definición clínica de una PTI, así como la clasificación inicial por presencia de signos y síntomas para el manejo inicial, según lo evidenciado en la Gráfica 004.

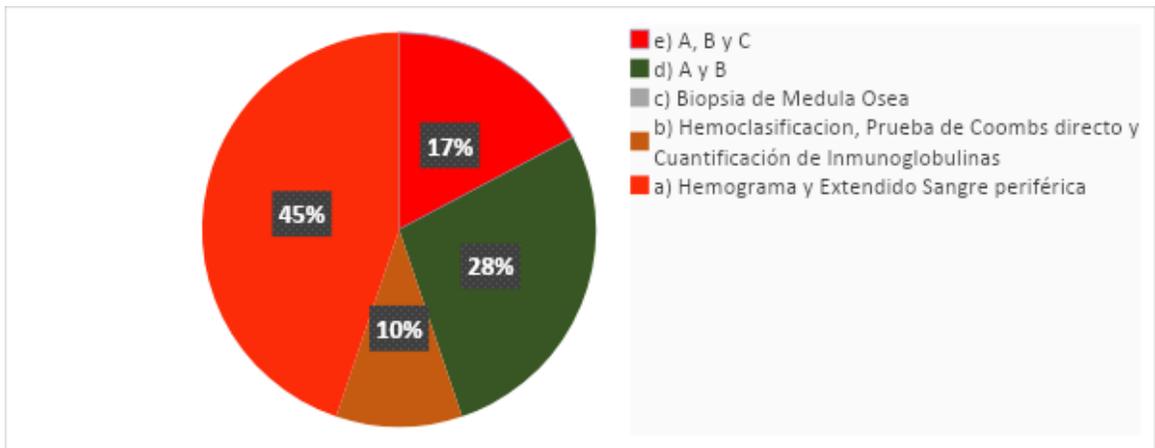


Gráfica 004. Resultados pretest y postest de la definición de PTI.

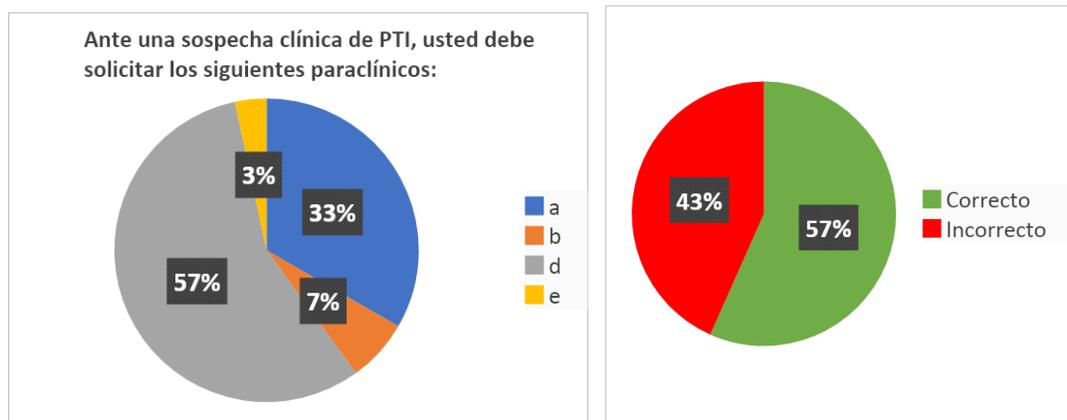
12.3 Solicitud de paraclínicos

Con respecto al pretest, existe un mayor entendimiento de los paraclínicos a solicitar en un primer acercamiento con el doble de respuestas correctas, con un 28% de respuestas correctas en el pretest (Gráfica 005) en comparación a 57% de respuestas correctas en el postest (Gráfica 006), sin embargo aún existe confusión en el total de los paraclínicos, si bien el hemograma y extendido se

encuentra entre los paraclínicos iniciales y es una respuesta correcta parcial, se debe insistir en la toma de inmunoglobulinas, hemoclasificación y prueba de coombs dentro de estos paraclínicos para abordar completamente a un paciente.



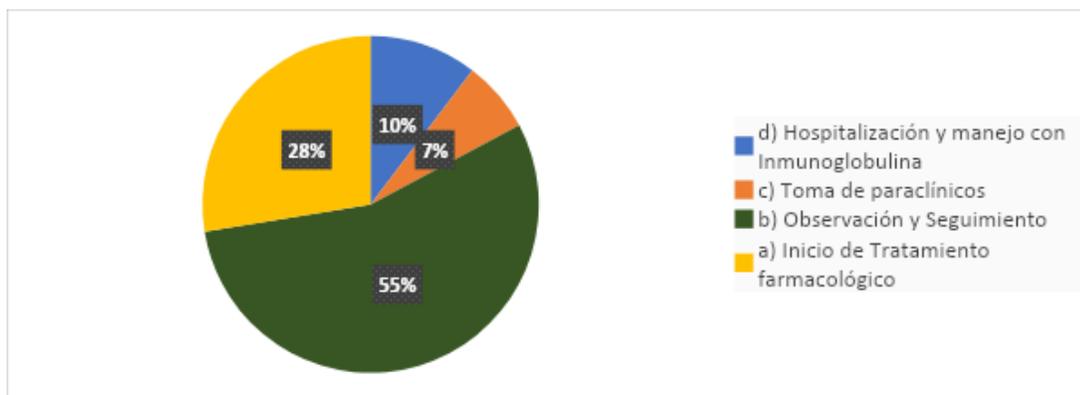
Gráfica 005. Resultados pretest de la actitud inicial de urgencias ante un paciente PTI.



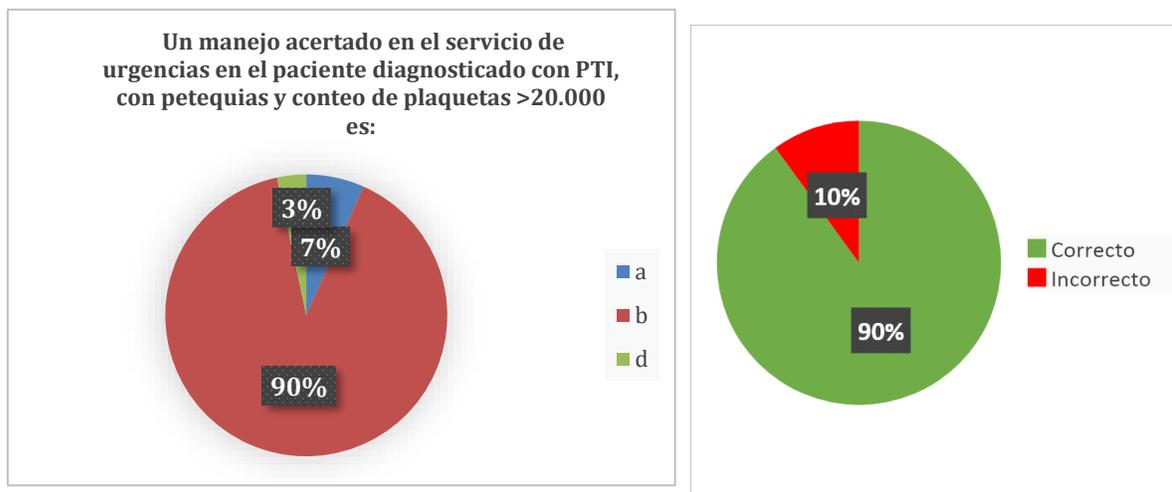
Gráfica 006. Resultados postest de la actitud inicial de urgencias ante un paciente PTI.

12.4 Manejo

Previo a la implementación de la guía un 50 % de los encuestados (Gráfica 007) acertaron el manejo expectante ante una PTI sin signos de severidad en un servicio de urgencias, observándose un 40% más de aciertos posterior a la capacitación (Gráfica 008) , esto como un factor favorable para la práctica clínica.

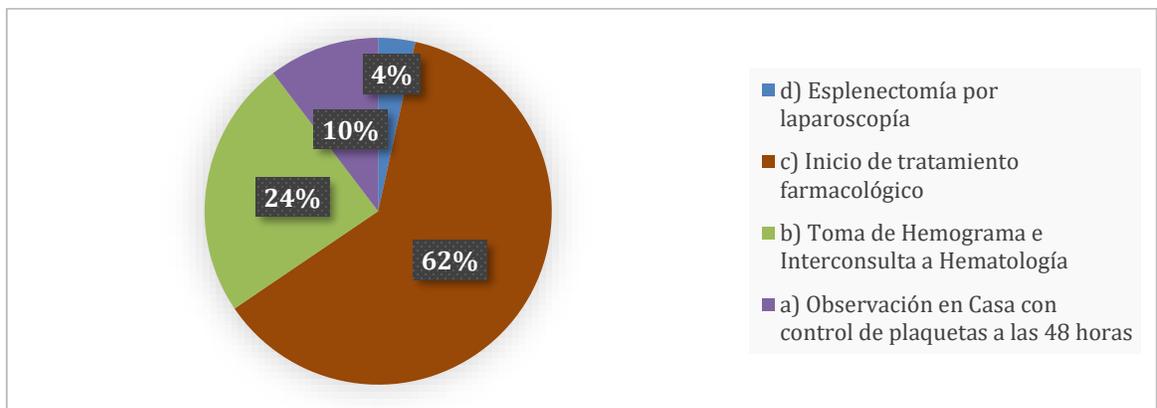


Gráfica 007. Resultados pretest del manejo clínico de PTI

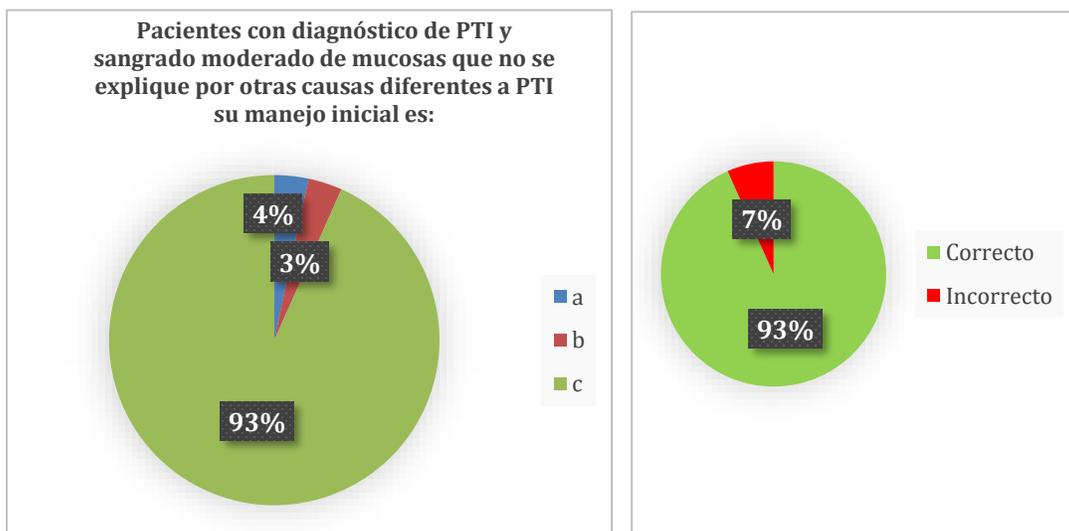


Gráfica 008. Resultados Postest del manejo clínico de PTI

En cuanto a un posible escenario de sangrado moderado de mucosas en un paciente con PTI, previo a la evaluación el inicio del manejo farmacológico de forma oportuna era la conducta del 62% de los encuestados (Gráfica 009), con una mejoría del 41% por ciento para acercarse al 93% de los médicos encuestados (Gráfica 010) quienes optan por esta punto de buena práctica clínica.

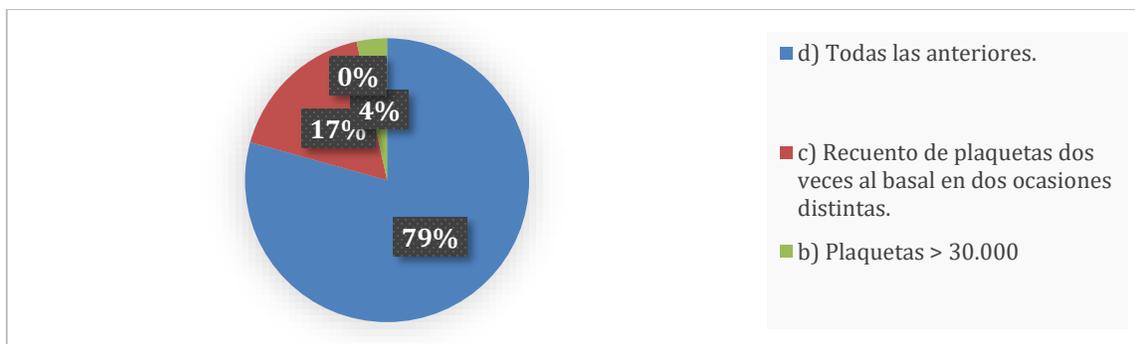


Gráfica 009. Resultados pretest de la conducta en sangrado moderado en PTI.

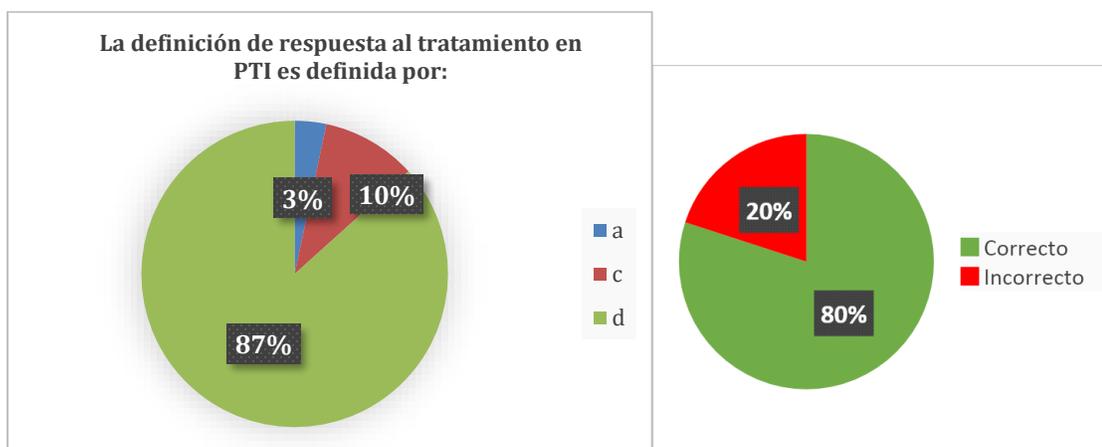


Gráfica 010. Resultado postest de la conducta clínica en PTI grave.

Un resultado similar se encontró en la evaluación anterior con respecto a la decisión de la administración de inmunoglobulina combinada con transfusión de plaquetas a un paciente con PTI y sangrado que puede comprometer la vida siendo un 62% a favor de esta decisión terapéutica (Gráfica 011), con un incremento de respuestas al 80% (Gráfica 012) a favor de la conducta adecuada que en un escenario de tal magnitud podrá disminuir la mortalidad pediátrica siendo por esto ideal un 100%

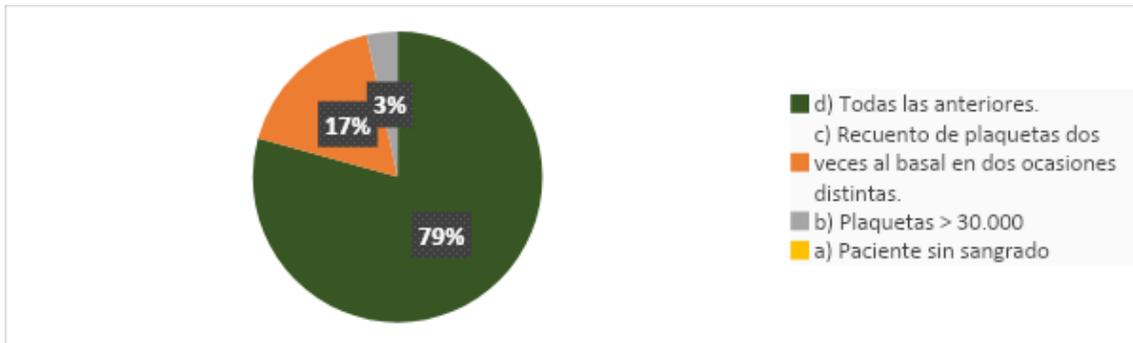


Gráfica 011. Resultado pretest de la conducta clínica en PTI grave.

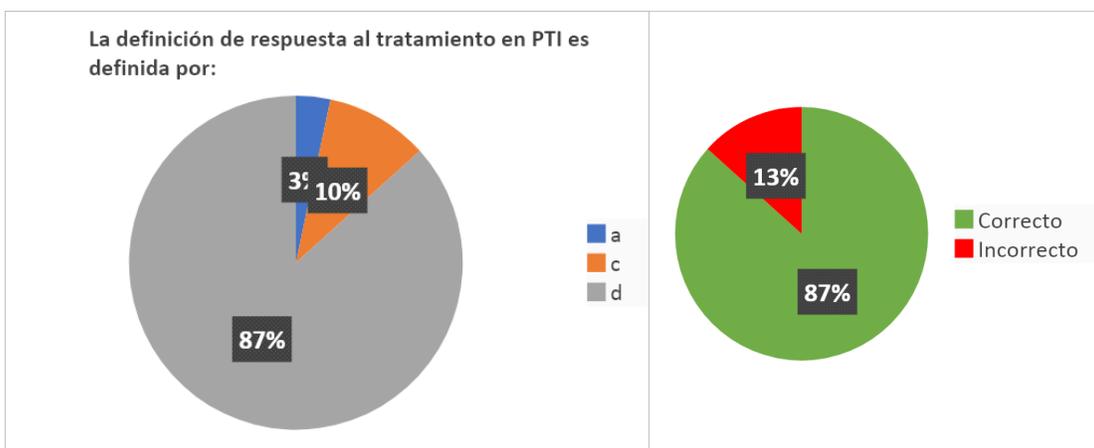


Gráfica 012. Resultado postest de la conducta clínica en PTI grave.

12.5 Tratamiento

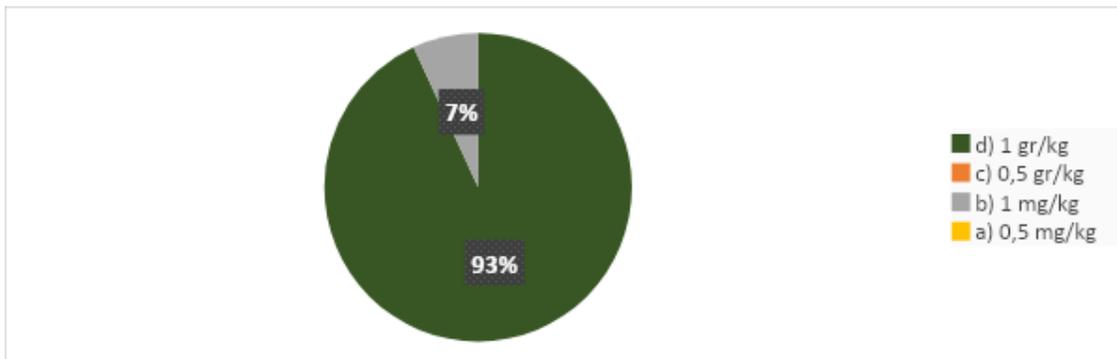


Gráfica 013. Resultado pretest de la definición de la respuesta al tratamiento.

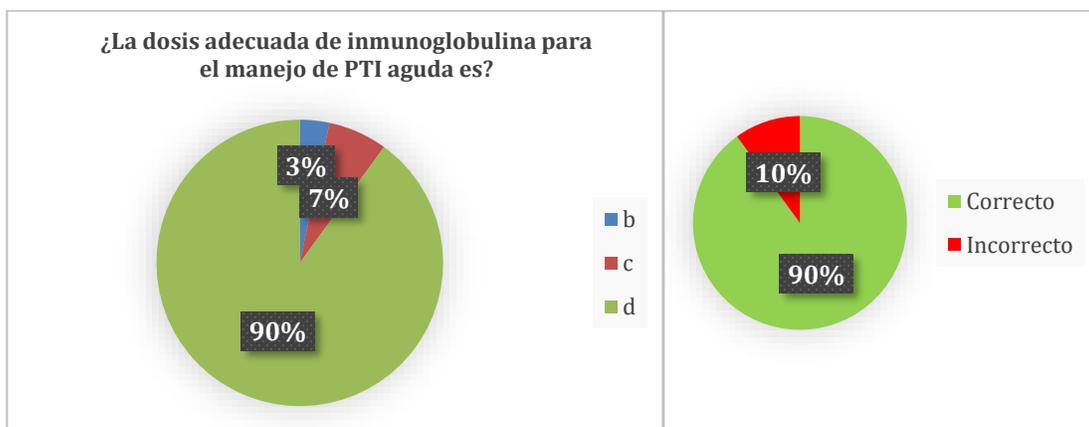


Gráfica 014. Resultado posttest de la definición de la respuesta al tratamiento.

En la encuesta previa el 79% de los profesionales de la salud (Gráfica 013), reconocen la definición de respuesta al tratamiento en PTI siendo aceptable, posterior a la evaluación el 87% acertaron al total de los factores que definen la respuesta al tratamiento (Gráfica 014), Los demás profesionales reconocen sólo uno de los factores.



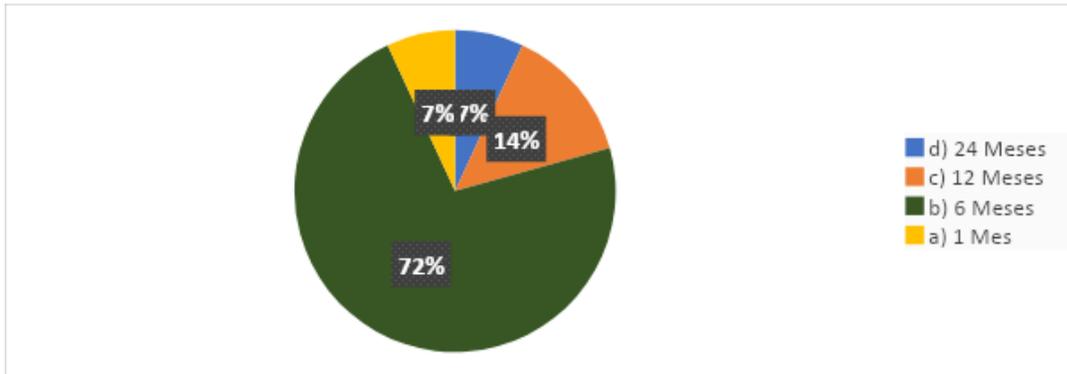
Gráfica 015. Resultado pretest de la dosis de inmunoglobulina adecuada



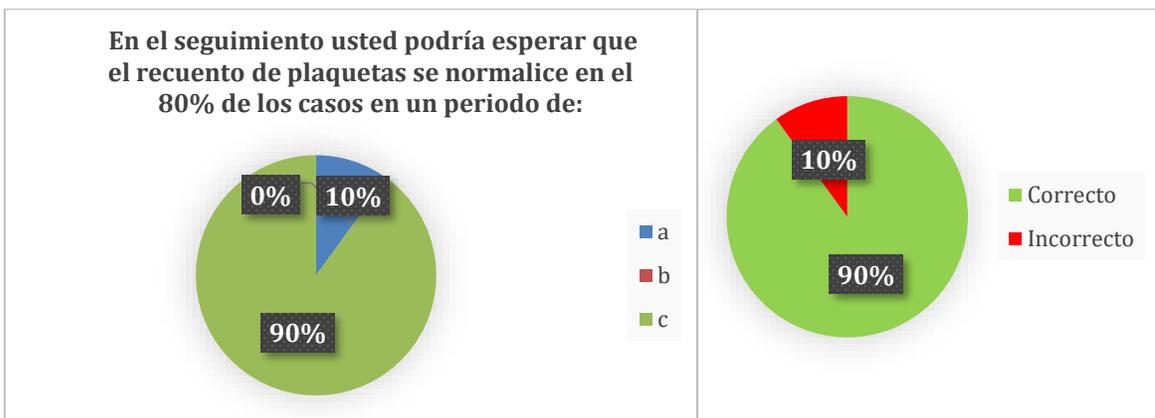
Gráfica 016. Resultado postest de la definición de la dosis de inmunoglobulina adecuada

El conocimiento de una adecuada dosis de inmunoglobulina para el manejo de PTI es un conocimiento importante para el oficio clínico, en ambas encuestas más del 90% de los profesionales conocen la dosis, pudiéndose entender que la terapéutica es bien entendida entre el cuerpo médico (Gráfica 015 y 016).

12.6 Seguimiento



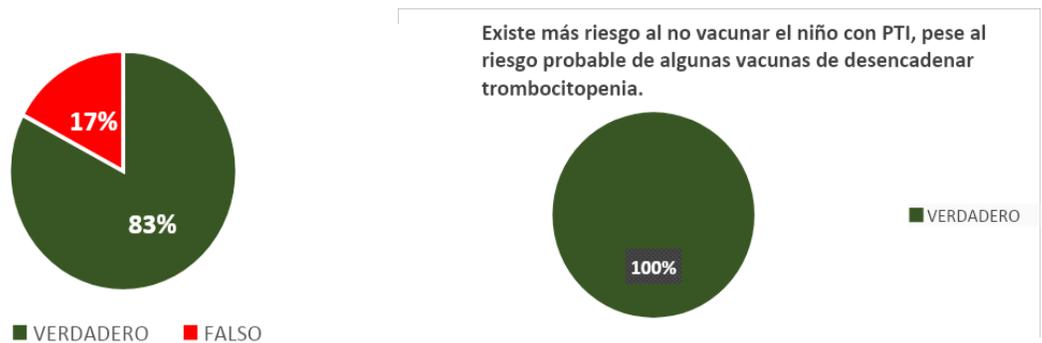
Gráfica 017. Resultado pretest seguimiento de PTI



Gráfica 018. Resultado postest seguimiento de PTI

En el seguimiento de PTI esperar un recuento plaquetaria es importante por lo que un 72% de los profesionales de la salud previo a la implementación de la guía (Gráfica 017) conocían el tiempo de la recuperación del recuento plaquetario, número que se incrementó posterior a la capacitación con un 90% de aciertos a la misma (Gráfica 018), aumentado así el conocimiento del seguimiento de la PTI.

En cuanto a la vacunación en PTI, siendo parte del seguimiento de estos pacientes posterior a la capacitación todos los encuestados (Gráfica 20) reconocieron la vacunación como parte importante y que representa más riesgo el no vacunarlos pese algunas vacunas produzcan trombocitopenia, es una mejoría importante con respecto al 83% en el pretest (Gráfica 019).



Gráfica 019. Resultados pretest y postest sobre vacunación en PTI

Finalmente, se ve una tendencia de aciertos y entendimiento posterior a la implementación de la guía en los diferentes puntos clínicos que esta brinda, con un mejoramiento promedio del 27% entre el pretest y postest. El indicador menos favorable fue en la toma de paraclínicos iniciales, acertando en el hemograma y extendido en todos los casos, pero olvidando la hemoclasificación, inmunoglobulinas y Coombs directo.

13. Discusión

La trombocitopenia inmune primaria es una afección infantil importante que ha cobrado relevancia en las últimas décadas gracias a un diagnóstico oportuno y reconocimiento temprano por parte del equipo médico, por lo que es importante poder contar con una Guía de Práctica Clínica que sirva de herramienta para optimizar su manejo, tratamiento y seguimiento; La purpura trombocitopénica inmune (PTI) es un diagnóstico de exclusión que requiere un manejo adecuado desde el primer contacto con el paciente y un seguimiento correcto para no incurrir en malas praxis, en sobrecostos y de igual forma no aumentar la morbilidad de la patología con procedimientos innecesarios.

En la búsqueda y revisión de la evidencia actual sobre una guía en Latinoamérica de PTI, no existe un documento similar fácilmente asequible que pueda dar una adecuada confiabilidad para hacer su diagnóstico y manejo. La trombocitopenia inmune primaria (PTI) al ser una enfermedad autoinmune con presentación, características y curso clínico muy variables, hace que su diagnóstico, tratamiento y seguimiento sean origen de diferentes puntos de discusión, afectando directamente a la calidad de vida de los pacientes, lo que infiere la importancia de que tiene una directriz sobre esta patología siendo única en el país.

Es importante resaltar la falta de apego a las GPC en las diferentes instituciones médicas, reportados en estudios previos sobre la evaluación de las guías en otros países de Latinoamérica, basadas en varios tipos de patologías con especial énfasis en las enfermedades crónicas; se señalan en dichos estudios como factores críticos de una buena adherencia a la GPC, entre ellos la comunicación, la disseminación e implementación efectiva (Saenz, et al, 2012). También se concluye que múltiples estrategias son más efectivas que aplicar sólo una para lograr la adherencia a las GPC.

Lo primero que se debe dilucidar cuando se realizó la línea base del estudio, fue la variabilidad de conductas del grupo de salud, el no entendimiento de conceptos básicos acerca de la patología y el seguimiento escaso en los pacientes de PTI previa a la implementación de la GPC; probablemente se debe a que no existía antecedentes de una GPC en el país y se optaba por diferentes consensos de expertos existentes pero cuyas recomendaciones no siempre coincidían.

Aunque la primera socialización y lanzamiento de la GPC fue en el 2018, la escasa adherencia a la GPC, apunta al faltante proceso de implementación previo a este trabajo, por lo que al esquematizar las acciones relacionadas en las estrategia de implementación, el mejor acercamiento a los profesionales para el entendimiento, y la comprensión del entorno laboral donde se implementó dicha GPC, fueron los factores importantes para una adecuada adherencia a la misma.

Las principales barreras para la utilización de las GPC, reportadas en los distintos estudios señalan como relevantes los problemas de accesibilidad a los documentos ,la necesidad de capacitación sobre su contenido y uso, y los problemas de personal y tiempo necesario para su implementación (Hoyos et al), estos fueron los distintos campos de acción que se propuso disminuir en el proceso de implementación de la GPC, por medio de capacitaciones virtuales, un acceso idóneo y sencillo de la guía, en su versión corta a través de la intranet de la institución , además de del plan esquemático de implementación; Lo que hicieron finalmente que la adherencia de la guía aumentará un 27% con respecto a la línea base del año previo con un valor absoluto al final del proceso de un 90,5% de adherencia total a la guía, lo que refleja el mejoramiento secundario a un plan estructurado de implementación.

Es de anotar, la implementación de las GPC como una herramienta utilizada en distintos escenarios hospitalarios para contribuir a una práctica médica segura, efectiva y eficiente (Fervers B); sin embargo la falta de evaluaciones rutinarias de las guías en el ámbito académico no permiten una evolución creciente del conocimiento, así como se sigue perpetuando los errores a la hora del diagnóstico, del manejo médico y sobre todo del seguimiento adecuado de estos pacientes, se esperaría que tras la implementación de la guía de PTI en la institución, sea un primer pilar para el fortalecimiento del manejo hospitalario y escenarios clínicos posibles, los cuales deberán ser evaluados con trabajos de investigación venideros, donde se comparará el impacto de la implementación teniendo en cuenta los factores clínicos objetivo de la guía.

14. Conclusiones

Lo expuesto anteriormente permite concluir que incluir la evaluación de la estrategia de implementación y velar por el cumplimiento de las recomendaciones clave a través de indicadores clínicos, reflejan una mejoría a la adherencia de la GPC de PTI institucional.

En conjunto, los resultados obtenidos hacen inferir que, sin una estrategia clara de implementación, ni una medición sistemática de la adherencia, difícilmente se realizarán las acciones de retroalimentación que permitan trabajar con las barreras existentes, las cuales son esenciales para la elaboración de un plan de trabajo, con miras hacia el desarrollo de capacitaciones, entregas académicas y socializaciones en los diferentes servicios de la institución.

La incorporación de un proceso de implementación, ha influido positivamente en el manejo médico de los pacientes con PTI, siendo reflejo de la evaluación realizada al grupo médico institucional, quizás el impacto final precise de un trabajo posterior basados en los indicadores de la guía, la cual es el objetivo final y de gran interés para los niños que padecen de la enfermedad.

Este trabajo, también busca promover por medio de su socialización y conocimiento de los resultados, a un desarrollo científico a nivel local, al evaluar de manera más adecuada las GPC existentes, incluyendo el plan de implementación con posterior evaluación para asegurar la buena adherencia a las mismas.

Bibliografía

- Hoyos, J. L. O., Revelo, I. T. C., Rios, O. A. B., Mayorga, D. Z., & González-Vélez, A. E. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el contexto colombiano.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica, Adopción Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Guía metodológica en Internet. Edición 1ª. Bogotá DC. 2017, Disponible en gpc.minsalud.gov.co
- Miguel Ángel Sanz, Vicente Vicente García, Antonio Fernández, M. Fernanda López, Carlos Grande, Isidro Jarque, Rafael Martínez, María Eva Mingot, Emilio Monteagudo, Josep M Ribera, David Valcárcel. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la trombocitopenia inmune primaria, *Medicina Clínica*, Volume 138, Issue 6, 2012, Pages 261.e1-261.e17, ISSN 0025-7753, <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.11.011>.
- Andrea Juliana Sanabria, David Rigau, Rafael Rotaèche, Anna Selva, Mercè Marzo-Castillejo, Pablo Alonso-Coello, Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica, *Atención Primaria*, Volume 47, Issue 1, 2015, Pages 48-55, ISSN 0212-6567, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.013>.
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(3):167-76.
- Ruiz Gil, W. (2015). Diagnóstico y tratamiento de la púrpura trombocitopénica inmunológica. *Revista Medica Herediana*, 26(4), 246-255.
- Comité Nacional de Hematología, Púrpura Trombocitopénica Inmune. Guía de diagnóstico y tratamiento, *Arch. Argent. Pediatr.*, 2010, 108: 173-177
- Cohen YC, Djulbegovic B, Shamai-Lubovitz O, Mozes B. The bleeding risk and natural history of idiopathic thrombocytopenic purpura in patients with persistent low platelet counts. *Arch Intern Med*. 2000;160:1630-8
- Verdugo L, Patricia, Kabalan B, Paola, Silva C, Rosario, Figueroa E, Alejandra, Quiroga V, Ana María, Lastra P, Alejandro, & Alvarez H, Daniela. (2011). Guías clínicas para el manejo del paciente pediátrico con trombocitopenia inmune primaria (PTI). *Revista chilena de pediatría*, 82(4), 351-357. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000400010>

- Ortiz I, et al; Desarrollo e implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia en Colombia: una apuesta por la calidad (2014), Avances, desarrollos y adelantos en el sector salud, No 6, SNS.
- Sanz MÁ, Vicente García V, Fernández A, López MF, Grande C, Jarque I, et al. [Guidelines for diagnosis, treatment and monitoring of primary immune thrombocytopenia]. Medicina clínica [Internet]. 2012 Mar 17;138(6):261.e1–261.e17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22257609>
- Jayabose S, Levendoglu-Tugal O, Ozkaynak MF, Visintainer P, Sandoval C. Long-term outcome of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in children. Journal of pediatric hematology/oncology [Internet]. 2004 Nov ;26(11):724–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15543006>
- Blanchette V, Bolton-maggs P. Púrpura trombocitopénica inmunológica infantil: diagnóstico y tratamiento. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 2008;55(2):marzo.
- Kredo T, Bernhardsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E, et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. Int J Qual Heal Care [Internet]. 2016 Feb;28(1):122–8. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/articlelookup/doi/10.1093/intqhc/mzv115>

Anexo 1

ENCUESTA GUIA DE PTI HOMI

1. ¿Conoce usted la guía de practica clínica de la Trombocitopenia Inmune Primaria en la población pediátrica de HOMI?

SI ____ NO ____

2. En caso de conocer la guía ¿Cuál fue el medio por el cual se enteró?

- a) Intranet
- b) Correo Institucional
- c) Cartelera Informativa HOMI
- d) Inducción HOMI
- e) Otra ¿Cuál? _____

3. ¿Sabe usted acceder a la Guía de PTI en la actualidad?

SI ____ NO ____ ¿Dónde la encontraría? _____

4. Ante una sospecha clínica de PTI Aguda, que consulta al servicio de urgencias, la recomendación es solicitar los siguientes paraclínicos:

- a) Hemograma y Extendido Sangre periférica
- b) Hemoclasificación, Prueba de Coombs directo y Cuantificación de Inmunoglobulinas
- c) Biopsia de Medula Osea
- d) A y B
- e) A, B y C

5. Un manejo acertado en el servicio de urgencias en el paciente diagnosticado con PTI aguda, con petequias y conteo de plaquetas >20.000 es:

- a) Inicio de Tratamiento farmacológico
- b) Observación clínica y Seguimiento
- c) Hospitalizar y Toma de paraclínicos e24 horasn
- d) Hospitalización e iniciar manejo con Inmunoglobulina intravenosa

6. En un Paciente con diagnóstico de PTI aguda y sangrado moderado de mucosas que no se explique por otras causas diferentes a PTI su manejo inicial es:

- a) Observación en Casa con control de plaquetas a las 48 horas
- b) Toma de Hemograma e Interconsulta a Hematología
- c) Inicio de tratamiento farmacológico
- d) Esplenectomía por laparoscopia

7. Ante un paciente con PTI aguda y sangrado que puede comprometer la vida, usted:

- a) Inicia Manejo con Corticoides
- b) Inicia Inmunoglobulina
- c) Transfunde Plaquetas
- d) Administra Inmunoglobulina combinada con transfusión de plaquetas.

8. ¿La dosis adecuada de inmunoglobulina intravenosa para el manejo de PTI aguda es?

- a) 0,5 mg/kg dosis total
- b) 1 mg/kg dosis total
- c) 0,5 gr/kg dosis total
- d) 1 gr/kg dosis total

9. El esteroide recomendado en el manejo de primera línea de PTI aguda de paciente con sangrado mucoso es:

- a) prednisona
- b) dexametasona
- c) metilprednisolona
- d) NO se utilizan esteroides en la primera línea de tratamiento de PTI aguda

10. El antecedente de diagnóstico de PTI, debe generar la indicación médica de no vacunar a los niños?

Verdadero ___ Falso ___

Anexo 2

ENCUESTA GUIA DE PTI HOMI POSTEST

3. Ante una sospecha clínica de PTI Aguda, que consulta al servicio de urgencias, la recomendación es solicitar los siguientes paraclínicos:
- Hemograma y Extendido Sangre periférica
 - Hemoclasificación, Prueba de Coombs directo y Cuantificación de Inmunoglobulinas
 - Biopsia de Medula Osea
 - A y B
 - A, B y C
4. Un manejo acertado en el servicio de urgencias en el paciente diagnosticado con PTI aguda, con petequias y conteo de plaquetas >20.000 es:
- Inicio de Tratamiento farmacológico
 - Observación clínica y Seguimiento
 - Hospitalizar y Toma de paraclínicos e 24 horas
 - Hospitalización e iniciar manejo con Inmunoglobulina intravenosa
5. En un Paciente con diagnóstico de PTI aguda y sangrado moderado de mucosas que no se explique por otras causas diferentes a PTI su manejo inicial es:
- Observación en Casa con control de plaquetas a las 48 horas
 - Toma de Hemograma e Interconsulta a Hematología
 - Inicio de tratamiento farmacológico
 - Esplenectomía por laparoscopia
6. Ante un paciente con PTI aguda y sangrado que puede comprometer la vida, usted:
- Inicia Manejo con Corticoides
 - Inicia Inmunoglobulina
 - Transfunde Plaquetas
 - Administra Inmunoglobulina combinada con transfusión de plaquetas.
- 7.
- La definición de respuesta al tratamiento en PTI es definida por:
- Paciente sin sangrado
 - Plaquetas > 30.000
 - Recuento de plaquetas dos veces al basal en dos ocasiones distintas.
 - Todas las anteriores.
8. ¿La dosis adecuada de inmunoglobulina intravenosa para el manejo de PTI aguda es?
- 0,5 mg/kg dosis total
 - 1 mg/kg dosis total
 - 0,5 gr/kg dosis total
 - 1 gr/kg dosis total

9. En el seguimiento usted podría esperar que el recuento de plaquetas se normalice en el 80% de los casos en un periodo de:

- a) 1 Mes
- b) 6 Meses
- c) 12 Meses
- d) 24 Meses

10. Existe más riesgo al no vacunar el niño con PTI, pese al riesgo probable de algunas vacunas de desencadenar trombocitopenia

Verdadero Falso