


ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

UNIVERSITAT AUTÓNOMA DE BARCELONA

Facultad de Medicina

DOCTORADO EN METODOLOGÍA DE LA RECERCA BIOMÈDICA I SALUT PÚBLICA.

Evaluación de la evidencia disponible para adaptar e implementar guías de calidad que permitan abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en relación con la mortalidad materna y su desigual afectación.

**Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva.
Universitat Autònoma de Barcelona**

**Doctoranda
Dra. Andelys de la Rosa**

**Director de tesis: Dr. Ludovic Reviez, MD, PhD
Tutor de tesis: Dr. Xavier Bonfill, MD, PhD**

AGRADECIMIENTOS

Quiero comenzar expresando mi más profundo agradecimiento a Dios, cuya gracia y misericordia me han guiado y fortalecido a lo largo de este arduo proceso de investigación. Su guía divina ha sido mi luz en los momentos más desafiantes y su amor incondicional ha sido mi mayor inspiración.

Agradezco de todo corazón a mi amada familia por su inquebrantable apoyo, amor y sacrificio. Su constante aliento y comprensión han sido fundamentales para mantenerme enfocada y motivada durante este viaje. A mis padres, hermanos y demás seres queridos, mi esposo Joham González y mis dos hijas Gal y Ava que nacieron durante este doctorado, les debo un profundo agradecimiento por su presencia constante en mi vida y por ser mi roca en todo momento, esto es para mí, pero por ustedes.

Quiero expresar mi sincera gratitud a mi director de tesis, Dr. Ludovic Reveiz, por su dedicación, orientación y sabiduría, por ser mi mentor desde mis inicios en Guías de Práctica Clínica y la importancia de la evidencia para la toma de decisiones en salud y la importancia de la implementación de estas políticas basadas en evidencia. El Dr. Xavier Bonfill, a quien conocí en el 2017 y luego de ahí en mi persona y en República Dominicana impulsó la importancia de Cochrane y las revisiones sistemáticas implementando el primer centro afiliado del país dirigido desde el Ministerio de Salud Pública y siendo mi tutor en esta tesis doctoral durante todo este proceso.

A la Dra. Ana Marcela Amaya por su liderazgo experto y su apoyo inquebrantable que fueron fundamentales para llevar a buen término este proyecto, gracias por ser mi co directora, por tus sugerencias y capacitación constante. Agradezco también a mi asesor Dr. José Mordan por su invaluable asesoramiento, críticas constructivas y contribuciones significativas que han enriquecido enormemente mi vida profesional especialmente en el entendimiento del impacto de la evidencia en el tema materno/fetal y como la evidencia nos lleva a tomar decisiones oportunas en salud pública, entendiendo el contexto de nuestro país.

a La Dra. Mayra Toribio por ser mi mentora desde mis 14 años de edad, en tomarle amor al servicio en salud y ser mi puente en la maravillosa puerta de la salud pública.

Quiero reconocer el apoyo y la amistad de mis colegas y amigos, cuyo aliento han sido una fuente constante de inspiración y motivación, durante estos 5 años y meses.

Por último, pero no menos importante, quiero expresar mi gratitud a todos los participantes que generosamente colaboraron en este estudio. Su contribución fue fundamental y estoy sinceramente agradecido por su tiempo y esfuerzo, Gracias Dr. Patxis Taveras por tu apoyo incondicional en estas investigaciones y a Cecilia Buchanan y a Stefano Todde por el apoyo en el camino de lo que hoy puedo decir que inició con una pasión por la salud y el bienestar y se ha vuelto una amistad incondicional para mí.

En resumen, este logro no habría sido posible sin la gracia de Dios, el amor y el apoyo de mi familia, así como la ayuda y orientación de todos aquellos que contribuyeron directa o

indirectamente a este trabajo. A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento. Este agradecimiento reconoce la importancia de la fe y la familia en el proceso de investigación, junto con la contribución de otros colaboradores y entidades clave.

Termino con la frase del futurista John Schaar: *“The future is not a result of choices among alternative paths offered by the present, but a place that is created--created first in the mind and will, created next in activity. The future is not some place we are going to, but one we are creating. The paths are not to be found, but made, and the activity of making them, changes both the maker and the destination”*

TABLA de CONTENIDOS

RESUMEN

LISTA DE ABREVIATURAS

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana

1.3 Justificación

1.3.1 Justificación de las publicaciones

2 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo principal

2.1.2 Objetivos específicos

3 MÉTODOS

3.1 Características y evaluación de la calidad de las guías de práctica GRADE sobre la atención Materno-Fetal

3.1.1 Diseño

3.1.2 Participantes

3.1.3 Recolección de datos

3.1.4 Análisis

3.2 Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana

3.2.1 Diseño

3.2.2 Participantes

3.2.3 Recolección de datos

3.2.4 Análisis

3.2.5 Aspectos éticos

3.3 Análisis de las recomendaciones fuertes de las guías GRADE de la OMS

3.3.1 Criterios de selección

3.3.2 Análisis

4 RESULTADOS

4.1 Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana.

4.1.1 Resumen de resultados

4.2 Características y evaluación de la calidad de las guías de práctica GRADE sobre la atención Materno-Fetal

4.2.1 Resumen de resultados

4.3 Análisis de la implementación de recomendaciones clínicas y de salud pública basadas en la evidencia para la atención materna en la República Dominicana

4.3.1 Resumen de resultados

5 DISCUSIÓN

5.1 Hallazgos principales

5.2 Nuestros resultados en el contexto de la investigación actual

5.3 Limitaciones y fortalezas

5.4 Implicaciones

5 CONCLUSIONES

6 REFERENCIAS

ANEXO I

ANEXO II

RESUMEN

RESUMEN

Título

Evaluación de la evidencia disponible para adaptar e implementar guías de calidad que permitan abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en relación con la mortalidad materna y su desigual afectación.

Introducción

Las desigualdades en salud, atribuidas a la distribución inequitativa de recursos, se convierten en inequidades cuando son evitables y, por tanto, injustas. La importancia de comprender estas inequidades radica en su capacidad para influir en el desarrollo de enfermedades y eventos adversos, desde una perspectiva de derechos humanos. En este contexto, el sistema de salud dominicano ha experimentado transformaciones estructurales significativas, buscando abordar prioridades críticas como la salud sexual y reproductiva y la reducción de la mortalidad materna e infantil. La evolución hacia un Programa Nacional desde la Unidad Coordinadora de Guías y Protocolos subraya el esfuerzo por lograr una mayor inclusión territorial y el fortalecimiento de capacidades locales, enfatizando la importancia de investigar y evaluar la implementación de guías de práctica clínica para mitigar las inequidades en salud.

Por otro lado, el compromiso global con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) destaca la interconexión entre salud, pobreza, desigualdad, injusticia y cambio climático, reconociendo la salud como central en la Agenda 2030. Este marco propone integrar los ODS en las políticas públicas para enfrentar los desafíos de salud más apremiantes, incluyendo la mortalidad materna, que refleja las deficiencias estructurales de los sistemas de salud y las desigualdades sociales. La adaptación y adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia, especialmente en el contexto de América Latina y el Caribe, se presenta como una estrategia clave para avanzar hacia la reducción de la mortalidad materna y abordar las inequidades en salud de manera efectiva.

Objetivos

El objetivo principal es evaluar la evidencia disponible para adaptar e implementar guías de práctica clínica (GPC) de alta calidad dirigidas a abordar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en relación con la reducción de la mortalidad materna y su desigual impacto en la República Dominicana. Para lograrlo, se plantean objetivos específicos que incluyen la identificación de facilitadores y barreras dentro del sistema de salud y entre los actores clave que puedan influir en la implementación efectiva de estas guías y protocolos. Además, se busca describir y evaluar la calidad de la evidencia que respalda las recomendaciones en las GPC en salud materna/fetal, empleando para ello la herramienta AGREE REX. Paralelamente, se examinará la aceptabilidad y la adopción de estas guías y protocolos, particularmente en lo que respecta a la atención de mujeres con Preeclampsia-Eclampsia en la República Dominicana, con el fin de garantizar que las intervenciones propuestas sean tanto apropiadas como efectivas dentro del contexto específico del país.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática y evaluación de guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con la atención materno-fetal, especialmente aquellas desarrolladas bajo el sistema GRADE,

utilizando la herramienta AGREE-REX para su evaluación. La metodología incluyó un diseño de revisión sistemática con búsqueda en la Base Internacional de Guías Grade (BIGG) y literatura gris, abarcando diversos idiomas y extendiéndose hasta enero de 2021. Las guías seleccionadas abordaban condiciones o patologías ligadas al cuidado materno-fetal con impacto en salud pública, debiendo ser elaboradas bajo el sistema GRADE. La recolección de datos se realizó mediante un formato Excel por tres revisores de manera independiente, supervisados por un cuarto revisor.

El análisis de las GPC incluyó la evaluación de su credibilidad clínica y la implementabilidad mediante AGREE-REX, enfocándose en la solidez de las recomendaciones. Se utilizó el software SPSS v22 para el análisis descriptivo, abordando aspectos como el país de origen, el año de publicación, y la entidad desarrolladora de las GPC, así como la evaluación de las recomendaciones con su grado de evidencia.

El estudio sobre la aceptabilidad y adopción de guías y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana empleó un diseño cualitativo, con observación directa, entrevistas semiestructuradas, y grupos focales aplicados en cinco maternidades de referencia nacional. Se recopilaron perspectivas de 70 profesionales de salud. El análisis cualitativo se centró en la aceptabilidad, adopción, barreras, facilitadores y factores determinantes del sistema de salud, utilizando el software Atlas ti® para el análisis de transcripciones.

El análisis de las Recomendaciones Fuertes de las Guías GRADE de la OMS involucró una búsqueda sistemática en la plataforma BIGG-REC para extraer recomendaciones fuertes o condicionales vinculadas a la salud materna, siguiendo la metodología GRADE. Se seleccionaron recomendaciones fuertes relacionadas con dominios de la salud materna como Aborto, Hemorragia, Hipertensión, Infección, Anticoncepción y Salud Pública, excluyendo aquellas no pertinentes al contexto epidemiológico de la República Dominicana. La extracción de contenido se hizo mediante un formato específico, evaluando el nivel de implementación de las recomendaciones de manera independiente por tres revisores.

Resultados

El estudio sobre la aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos para la atención de preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana, que involucró a cinco centros especializados en maternidad y a 70 prestadores de servicios, reveló una positiva percepción hacia el conocimiento, aceptabilidad y adopción de estas guías, especialmente entre el personal de hospitales docentes. Los participantes, incluyendo enfermeras, médicos residentes y especialistas, así como gerentes de salud, mostraron un buen entendimiento y una mayor aceptación de las GPC, atribuyendo esto a la medicina basada en evidencia y a la metodología GRADE usada en su desarrollo. A pesar de la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales con más experiencia y las limitaciones en recursos, hubo un consenso sobre la necesidad de implementar estas guías. Se identificaron facilitadores como el liderazgo en hospitales y la formación de equipos de seguimiento, mientras que las barreras incluyeron la falta de medicamentos y equipos, y la necesidad de generar evidencia nacional. La investigación subraya la importancia de fortalecer los procesos de implementación y adaptar las guías para una mayor comprensión pública, resaltando la coexistencia de opiniones entre la adopción de nuevas prácticas y la preferencia por métodos tradicionales entre profesionales de la salud.

El proceso de identificación y revisión de Guías de Práctica Clínica (GPC) materno-fetales resultó en la evaluación detallada de 72 guías de las 1.594 inicialmente localizadas, tras aplicar criterios de elegibilidad y excluir duplicados y versiones incompletas. Predominaron las guías en inglés (77.78%) y las producidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con un 59.7%, destacando el Reino Unido como el país con mayor número de guías publicadas. La evaluación de la calidad mediante AGREE-REX reveló una calidad moderada en aplicabilidad clínica y implementabilidad, pero baja en valores y preferencias. Las GPC de la OMS mostraron un cumplimiento superior en el dominio de aplicabilidad clínica comparadas con las de otras organizaciones. La distribución temática indicó un enfoque predominante en el embarazo y patologías materno-fetales, resaltando la variabilidad en la producción de guías por país y la significativa contribución de la OMS en su desarrollo.

El análisis de la implementación de recomendaciones clínicas y de salud pública basadas en la evidencia para la atención materna en la República Dominicana se centra en múltiples dominios, incluyendo el manejo de la hipertensión y la hemorragia post-parto, aspectos críticos para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se evaluó la adopción de prácticas recomendadas, como el tratamiento con medicamentos antihipertensivos en casos de hipertensión severa durante el embarazo y el uso de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia, destacando la importancia de su disponibilidad y la capacitación del personal de salud. Además, se examinó la implementación de medidas contra la hemorragia post-parto, como el uso del ácido tranexámico. Factores como el marco legal, financiamiento, y recursos humanos emergen como determinantes clave para la implementación efectiva de estas recomendaciones, subrayando los desafíos y la necesidad de estrategias integrales que aseguren el acceso a tratamientos esenciales para mejorar los resultados de la atención materna.

Conclusiones

El estudio sobre la implementación de la metodología GRADE en la República Dominicana para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) revela un avance significativo en la adopción de herramientas metodológicas avanzadas, aunque destaca la existencia de barreras como la antigüedad en el servicio y la no vinculación con hospitales docentes. Se subraya la importancia de una cooperación técnica más amplia y la integración de valores y preferencias de los pacientes en las GPC. Aunque se reconoce el esfuerzo nacional y la colaboración de la OPS, se evidencia una necesidad de expansión hacia la inclusión de más actores a nivel provincial y profesional. La discusión se centra en mejorar la calidad y aplicabilidad de las GPC a través de la herramienta AGREE-REX, resaltando la necesidad de abordar las limitaciones estructurales, culturales y de recursos para una implementación efectiva de recomendaciones en salud materna, incluyendo la atención al aborto y la promoción de intervenciones de salud pública. La adopción de GPC basadas en GRADE apunta a un fortalecimiento del sistema de salud dominicano, destacando la importancia de la capacitación, recursos adecuados y la consideración de aspectos éticos y culturales para mejorar la atención materna y neonatal.

LISTADO DE ABREVIATURAS

ADAPT	<i>Resource Toolkit for Guideline Adaptation</i>
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AGREE-REX CENTRAL	<i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation - Recommendations</i>
CAN-IMPLEMENT DELBI	<i>Checklist for the Reporting of Updated Guidelines</i>
GPC	Guía de Práctica Clínica
COI	Conflictos de Interés
MBE	Medicina Basada en Evidencia
Marco EtD	Marco de Evidencia a la Decisión
GIN	Guideline International Network
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
ADAPTE	Resource Toolkit for Guideline Adaptation
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
ODS	Objetivos de Desarrollo Sustentable

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en salud están asociadas, entre otros factores, con una distribución inequitativa de recursos. Cuando estas desigualdades pueden evitarse, se consideran inequidades en salud. Comprender estas inequidades es esencial para la salud pública, ya que permite vincular su existencia con el desarrollo de enfermedades y eventos adversos desde una perspectiva de derechos (1).

El sistema de salud dominicano ha sido testigo de cambios estructurales profundos, desde la separación de funciones hasta la expansión de su sistema de seguridad social. Estas transformaciones buscan abordar prioridades como la salud sexual y reproductiva y reducir la mortalidad materna e infantil. Paralelamente, se reconoce la necesidad de investigar y evaluar la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) las cuales que fomentan la seguridad y colabora con la disminución de las inequidades. Con la transición de la Unidad Coordinadora de Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública hacia un Programa Nacional, se espera una mayor inclusión territorial y el fortalecimiento de las capacidades locales. (2)

La salud es un pilar esencial para garantizar el enfoque de desarrollo sostenible, reflejado en la Agenda 2030. Esta Agenda retoma conceptos clave de los Objetivos de Desarrollo del Milenio e incluye objetivos económicos, sociales y ambientales amplios. Considera aspectos de desarrollo social, desigualdades económicas, amenazas climáticas y la persistencia de enfermedades infecciosas, así como nuevos retos de salud, como la alta incidencia de enfermedades no transmisibles (3).

El compromiso con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) surge de la profunda convicción de que la pobreza, la desigualdad, la injusticia y el cambio climático son los desafíos más relevantes que enfrenta la humanidad (4). Al mismo tiempo, estos 4 factores son determinantes claves de la salud. La salud ocupa un lugar central en el ODS 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", que se vincula con 13 metas que abordan los principales problemas de salud a nivel mundial. Aunque el ODS 3 se centra principalmente en la salud, la mayoría de los ODS están relacionados, de forma directa o indirecta, con este tema (5).

Uno de los desafíos principales para alcanzar las metas es integrar los ODS en las políticas públicas y globales de los países para impactar en la reducción de desigualdades, un eje central del objetivo 3 de salud (5). Para avanzar en el cumplimiento de la meta 3.1 (reducir la mortalidad materna), los países han adoptado iniciativas, políticas y programas nacionales que aborden las barreras de acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad, culturalmente adaptados, basados en un modelo de atención centrado en la persona (5).

La adopción de los ODS por parte de la comunidad global ha puesto en relieve la interconexión de los desafíos que enfrenta la humanidad, desde el cambio climático hasta la desigualdad y la injusticia. Estos desafíos, aunque diversos en su naturaleza, comparten un denominador común: su impacto directo en la salud y el bienestar de las poblaciones en todo el mundo (6).

La mortalidad materna es un indicador que refleja las debilidades estructurales de los sistemas de salud de un país. Problemas derivados del embarazo, parto y puerperio muestran desigualdades sociales, que pueden estar asociadas con barreras en el acceso a servicios de salud, calidad de atención obstétrica y pobreza. Por ello, la prevención y el abordaje de la mortalidad materna son una prioridad global, como se refleja en la meta 3.1: "Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos" <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/793/LeyNo.%2042-01.PDF>.

En 2015, el Grupo Interagencial de Estimación de la Mortalidad Materna calculó alrededor de 7,300 fallecimientos maternos en la región de América Latina y el Caribe. Aunque se ha observado un avance, este ha sido desigual tanto dentro de los países como entre ellos. De la cifra total, 13 naciones, incluidas Bahamas, Bolivia y Guatemala, entre otras, presentan una ratio de mortalidad materna superior al promedio regional, oscilando entre 89 y 359 por cada 100,000 nacimientos. Estos países suelen caracterizarse por altas tasas de natalidad, elevados niveles de pobreza y servicios de atención de salud con deficiencias en calidad y cobertura. Aunque ninguna nación redujo su ratio de mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, 12 lograron reducciones superiores al 50% durante ese período. La gran mayoría de estas muertes podrían evitarse: mejorar el cuidado materno podría prevenir el 54% de estas defunciones, y un acceso más generalizado a la planificación familiar podría evitar un 29% adicional. Las causas más comunes de estos fallecimientos en la región abarcan hemorragias y complicaciones vinculadas al embarazo. En 2016, hubo aproximadamente 3.6 millones de embarazos en adolescentes, de los cuales 1.4 millones resultaron en abortos, la mayoría de ellos realizados de manera clandestina e insegura. Las causas indirectas de estos decesos han crecido en ciertos países, vinculadas a insuficientes cuidados prenatales y limitado acceso a anticonceptivos. Por ejemplo, en El Salvador, las mujeres con menos recursos enfrentan una mayor necesidad no satisfecha de anticonceptivos en comparación con aquellas con mayores ingresos. En varios países de la región, mujeres sin educación secundaria tienen el doble de necesidad no satisfecha de anticonceptivos en comparación con aquellas con estudios secundarios completos. Por cada mujer que fallece debido a complicaciones del embarazo en la región, se estima que otras 20 enfrentan problemas a largo plazo que pueden ser fatales eventualmente. El número de mujeres que presentan complicaciones severas relacionadas con el embarazo varía, y en algunos hospitales esta cifra supera ampliamente el promedio global. Además, se está avanzando en la documentación de la morbilidad materna en la región. (7)

La inequidad sigue siendo una preocupación predominante cuando se trata de la atención materna en América Latina y el Caribe. A pesar de los esfuerzos por registrar y analizar la morbilidad materna grave, una herramienta esencial para prevenir fallecimientos maternos, no son muchos los países que han implementado estrategias robustas para este registro. Un análisis, detallado en el Anexo C, demuestra las disparidades entre las muertes maternas registradas en 1990 y las estimaciones de 2015. (7)

Esta región se enfrenta a una de las mayores desigualdades del mundo. Tal es así que 10 de los 15 países con las mayores disparidades de ingresos están aquí. La mortalidad y morbilidad maternas son exacerbadas por factores como inequidad de ingresos, educación limitada, desnutrición, acceso restringido al agua potable, inversión insuficiente en salud y otros desafíos socioeconómicos y geográficos. Esta inequidad se refleja en los datos: 11 de 23 países de la región reportaron tasas de mortalidad materna superiores a 125 por cada 100,000 nacidos

vivos en áreas específicas. Siete de estos países también indicaron que estas cifras eran aún más altas en poblaciones indígenas.

Además de estas preocupaciones, la falta de sistemas de información robustos en salud y la insuficiente desagregación de datos complican los esfuerzos por abordar estas desigualdades. Las mujeres de comunidades marginadas, especialmente las indígenas y afrodescendientes, a menudo enfrentan discriminación y reciben atención médica que se encuentran por debajo del estándar de calidad. Estas mujeres también suelen experimentar tasas de morbilidad y mortalidad desproporcionadamente altas. Estos problemas se magnifican en países con una presencia significativa de comunidades indígenas y afrodescendientes, como Bolivia, Brasil y Guatemala, por nombrar algunos. (8)

Los desafíos no terminan con la discriminación. En muchos casos, las mujeres encuentran que los proveedores de atención médica no entienden ni respetan sus tradiciones culturales y lenguaje. Tras experiencias negativas, muchas eligen no regresar a los centros de salud. En varios países, la tasa de mortalidad materna entre mujeres indígenas y afrodescendientes es alarmantemente más alta que en el resto de la población.

Por último, aunque la atención a la salud reproductiva es esencial, muchos países aún no han logrado el acceso universal a estos servicios. La región tiene la tasa más alta de embarazos no deseados del mundo y una demanda insatisfecha de anticoncepción que varía según el nivel de ingresos. Con aproximadamente un tercio de los embarazos terminando en abortos, es esencial abordar estas cuestiones con urgencia y empatía.

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna disminuyó en un 40% entre 1990 y 2013, con una tasa de mortalidad materna en la región de 85 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos. (9)

La República Dominicana tuvo una tasa de mortalidad materna de 107.3 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos en 2020, lo que representa una reducción del 35.8% en comparación con el valor estimado para el año anterior. En América Latina y el Caribe, cinco países (Barbados, Brasil, Ecuador, El Salvador y Perú) lograron tasas de mortalidad materna "bajas" (menos de 100 muertes por 100,000 nacimientos vivos) entre 1990 y 2013. (10)

El retraso en la búsqueda de ayuda, llegar a un centro de salud o acceder a asistencia de una persona calificada son tres obstáculos determinantes a los que se enfrenta una mujer embarazada en la región

A pesar de la alta cobertura en atención a la gestante (98% de pacientes con más de 4 citas prenatales), la República Dominicana aún tiene una tasa de mortalidad materna por encima del promedio de la región, con 92.5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Este desafío requiere un enfoque multidisciplinario y la adaptación de guías basadas en evidencia para abordar específicamente los desafíos locales. (<https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-republica-dominicana>)

El Grupo de Trabajo GRADE ha ofrecido una metodología avanzada para el desarrollo de estas guías, enfocándose en la calidad y efectividad de las intervenciones. Sin embargo, la adopción y

adaptación de estas guías requiere una evaluación crítica para garantizar su aplicabilidad y relevancia en diferentes contextos culturales, socioeconómicos y geográficos.

La rigurosidad en el desarrollo de estas guías incluye metodologías propuestas por el Grupo de Trabajo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), que contempla el análisis de la calidad de la evidencia y el balance entre consecuencias deseables e indeseables, la coste-efectividad de las intervenciones y las mejores prácticas para reducir inequidades en salud (11).

GRADE es un marco transparente utilizado para desarrollar y presentar resúmenes de evidencia y ofrece un enfoque sistemático para hacer recomendaciones de práctica clínica. Es la herramienta más adoptada a nivel mundial para graduar la calidad de la evidencia y hacer recomendaciones, con más de 100 organizaciones respaldándola.

Se decide cuál es la pregunta clínica, considerando la población afectada, las alternativas y los resultados importantes. Un estudio proporciona la mejor estimación del tamaño del efecto para cada resultado. Se califica la calidad de la evidencia para cada resultado.

Existen cuatro niveles de calidad de evidencia en GRADE: muy baja, baja, moderada y alta. La evidencia de ensayos aleatorios comienza con alta calidad y, debido a posibles sesgos residuales, la evidencia que incluye datos observacionales comienza con baja calidad. Esta certeza puede aumentar o disminuir por varias razones.

GRADE no se puede implementar de forma mecánica. Si bien proporciona un marco reproducible y transparente, puede haber subjetividad en cada decisión.

Factores que disminuyen la certeza en la evidencia:

- Riesgo de sesgo.
- Imprecisión.
- Inconsistencia.
- Evidencia indirecta
- Sesgo de publicación.

Factores que aumentan la confianza en la evidencia:

- Magnitud del efecto
- gradiente de dosis-respuesta y
- confusión residual que disminuye la magnitud del efecto.

Finalmente, en GRADE, las recomendaciones pueden ser fuertes o débiles, a favor o en contra de una intervención. Las recomendaciones fuertes sugieren que casi todas las personas elegirían esa intervención. Las recomendaciones débiles indican que podría haber una variación importante en la decisión que las personas informadas tomarían.

Las recomendaciones tienden a ser débiles cuando la certeza en la evidencia es baja, cuando los beneficios y riesgos están equilibrados, cuando hay variabilidad en los valores y preferencias de los pacientes, o cuando las intervenciones requieren muchos recursos. (12)

En la formulación de políticas o administración, ya sea a nivel grupal o individual, se establecen prioridades y se toman decisiones en el sistema de salud y salud pública en nombre de una población. Estos sistemas requieren decisiones sobre cómo se prestan, financian y administran los servicios, así como sobre las estrategias de implementación. Las decisiones de salud pública pueden abordar programas de salud organizados, políticas de salud ambiental y ocupacional, políticas de prevención de lesiones y políticas de nutrición y seguridad alimentaria, y pueden tomarse a diversos niveles: internacional, nacional o local.

El proceso de toma de decisiones en atención médica presenta complejidades. Pueden no tenerse criterios claros, se pueden descuidar criterios importantes o no utilizarse la mejor evidencia disponible. Sin embargo, la implementación de sistemas estructurados y transparentes puede garantizar que se consideren todos los criterios y que se emplee la mejor evidencia de investigación.

Se introduce el marco GRADE Evidence to Decision (EtD) para facilitar decisiones y recomendaciones en sistemas de salud y salud pública. Al referirse a "decisiones de sistemas de salud y salud pública", se abarcan tanto recomendaciones como decisiones. Los marcos EtD, basados en el enfoque GRADE, han sido desarrollados para diferentes tipos de decisiones de atención médica y están descritos en detalle en literatura especializada. (13)

Los marcos EtD fueron creados con el objetivo de permitir que los paneles utilicen evidencia de forma sistemática y transparente al tomar decisiones. Mediante estos marcos, se proporciona a los miembros del panel una síntesis de la mejor evidencia disponible sobre cada criterio. Estos marcos facilitan la estructuración y documentación de las discusiones, promoviendo la transparencia en el proceso y en la base de las decisiones. Se espera que estos marcos también asistan a los usuarios de las recomendaciones y a aquellos afectados por las decisiones, para comprender los juicios realizados por el panel y la evidencia detrás de esos juicios.

Para las decisiones en el ámbito de los sistemas de salud y la salud pública, se desarrolló un marco EtD específico. Este marco fue concebido a través de un enfoque iterativo, y se recibió retroalimentación de un grupo internacional de interesados. Además, se implementó este marco en un conjunto diverso de ejemplos para su validación.

Dentro del marco EtD para decisiones de sistemas de salud y salud pública, se distinguen tres secciones principales: formulación de la pregunta, evaluación basada en evidencia y conclusiones. Al formular preguntas, es tarea de los paneles definir el problema a tratar y considerar las opciones disponibles. Es crucial que, al hacerlo, se reconozcan y reporten posibles conflictos de interés.

En cuanto a la evaluación basada en evidencia, el marco presenta criterios explícitos que deben ser considerados al tomar una decisión. Aunque la mayoría de los criterios son similares en diferentes marcos EtD, pueden variar dependiendo del tipo específico de decisión de salud en cuestión. Se ha señalado que algunos criterios adicionales, actualmente incorporados en el

marco como juicios detallados, podrían ser considerados como criterios independientes por algunas organizaciones. (13)

El sector de la salud frecuentemente produce directrices para guiar la toma de decisiones basada en evidencia para individuos, poblaciones y sistemas. Estas directrices pueden ser internacionales, nacionales o regionales. Sin embargo, no todas las organizaciones tienen los recursos para crear directrices basadas en evidencia desde cero. Típicamente, pueden:

1. Adoptar directrices existentes sin modificación.
2. Adaptar directrices existentes, modificándolas según su propio contexto.
3. Desarrollar recomendaciones de novo basadas en nuevas síntesis de evidencia.

La adopción es el enfoque más rápido y económico. La adaptación es más matizada y tiene en cuenta el contexto específico de atención médica. La creación de recomendaciones de novo es un enfoque más intensivo en recursos y consiste en crear nuevas directrices basadas en revisiones sistemáticas. (14)

El sistema GRADE es una metodología establecida utilizada en la producción de directrices. Los marcos y tablas GRADE EtD proporcionan datos estructurados sobre los factores que influyen en las recomendaciones. Basado en estos marcos, se ha ideado un nuevo enfoque denominado "GRADE-ADOLPMENT", que combina elementos de adopción, adaptación y recomendaciones de novo. Este método se aplicó a 22 directrices en Arabia Saudita y tiene como objetivo crear directrices confiables que puedan aplicarse eficazmente en contextos específicos.

Una herramienta esencial en años recientes son las guías basadas en evidencia, que se han establecido como una de las más útiles para mejorar la salud pública y la práctica clínica. Estas guías ofrecen intervenciones respaldadas por pruebas sólidas de eficacia, evitan riesgos innecesarios, utilizan los recursos de manera eficiente, reducen la variabilidad clínica y, en esencia, mejoran la salud y aseguran una atención de calidad (15).

La implementación de guías basadas en evidencia ha contribuido significativamente a la disminución de la mortalidad materna y otras morbilidades en ciertos países (16). Es vital identificar y evaluar la efectividad de estas intervenciones mediante una revisión sistemática de la literatura, para abordar las inequidades en este grupo. Además, es necesario caracterizar las guías de práctica clínica adoptadas en los países con el objetivo de priorizar las intervenciones más efectivas para su recomendación en un contexto global.

Para hacer frente a este desafío, las guías de práctica clínica basadas en evidencia se presentan como soluciones esenciales. Estas guías, con su enfoque estandarizado y respaldado por investigaciones, tienen el potencial de transformar la atención de la salud materno-fetal, al ofrecer intervenciones efectivas y consistentes que pueden reducir drásticamente las tasas de mortalidad y morbilidad.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) han emergido como herramientas fundamentales para robustecer los sistemas de salud. Estas directrices, respaldadas por evidencias científicas, proporcionan información sobre la eficacia, seguridad y costos de intervenciones sanitarias. La metodología detrás de estas guías es crucial para su eficacia, y la metodología GRADE se ha

destacado por su integración de revisiones sistemáticas y presentación estructurada de evidencias (3).

En América Latina y el Caribe, la promoción de GPC basadas en evidencia ha llevado a una inversión significativa en la formulación de protocolos de salud. La República Dominicana, en particular, ha avanzado en la adaptación y creación de GPC, especialmente en áreas de atención materno-infantil. No obstante, enfrenta desafíos significativos, como la preeclampsia-eclampsia, una de las principales causas de mortalidad materna en el país. A pesar de las estrategias introducidas para controlarla, hay un claro llamado a la mejora y fortalecimiento continuo de estas iniciativas. (17)

Las GPC representan entonces un componente esencial en el proceso de toma de decisiones dentro del ámbito médico. Su desarrollo sistemático busca asistir tanto a profesionales de la salud como a pacientes en la elección de intervenciones clínicas adecuadas para situaciones específicas. Sin embargo, es fundamental garantizar que estas GPC se desarrollen con rigor metodológico y sean transparentes, para que efectivamente sirvan como herramientas confiables. Asegurar que las GPC se desarrollen con rigor y transparencia no solo mejora la calidad de la atención médica, sino que también garantiza que los profesionales de la salud y los pacientes tengan acceso a información confiable y basada en evidencia al tomar decisiones clínicas.

Por otra parte, el instrumento AGREE, que significa "Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation" (Evaluación de Guías para Investigación y Evaluación, en español), surgió como una respuesta a la variabilidad y, en ocasiones, a la calidad cuestionable de algunas GPC. Se desarrolló como una herramienta destinada a evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la que se desarrollan las GPC. (18)

El instrumento AGREE se considera una herramienta esencial para garantizar que las GPC se desarrollen con una metodología robusta. La variabilidad en la calidad de las GPC puede afectar su implementación y, en última instancia, la calidad de la atención al paciente. Por lo tanto, AGREE proporciona una estructura clara y coherente para la evaluación, asegurando que las GPC cumplan con ciertos estándares de calidad antes de ser implementadas.

A raíz del feedback y la experiencia adquirida con el uso del instrumento AGREE original, se refinó y dio lugar a AGREE II. Esta versión mejorada proporciona una evaluación más detallada y es más intuitiva en su aplicación. Además, AGREE II viene acompañado de un manual del usuario que facilita su comprensión y uso.

AGREE II no solo sirve para evaluar la calidad de las GPC existentes, sino que también puede actuar como una guía en la elaboración de nuevas GPC. Sus objetivos fundamentales son:

- Proporcionar un marco para evaluar la calidad de las GPC.
- Ofrecer una estrategia metodológica para el desarrollo de GPC.
- Establecer directrices sobre la información que debe ser incluida en las GPC y cómo debe ser presentada.

Basándose en la necesidad de una evaluación más detallada de la relevancia y usabilidad de las recomendaciones en las Guías de Práctica Clínica (GPC), se centró el desarrollo de AGREE II en la calidad metodológica y validez interna del informe de GPC. Como resultado, se llevó a cabo una exploración exhaustiva de la literatura sobre ciencia de implementación. De este esfuerzo, nació la herramienta AGREE-REX (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation-Recommendations Excellence), creada por un equipo internacional de desarrolladores e investigadores de GPC. Esta herramienta se diseñó con el propósito específico de evaluar la calidad de las recomendaciones de las GPC, considerándose como recomendaciones creíbles e implementables. (19)

En la etapa inicial del desarrollo de AGREE-REX, se aplicaron estándares internacionales de diseño de medidas. Se identificaron ítems candidatos, proceso que ya había sido descrito en estudios anteriores. Una revisión realista se realizó para discernir los atributos de las GPC que se asociaron con la implementación de sus recomendaciones. Como consecuencia, se produjo el Modelo de Implementabilidad de Guías para la Excelencia en Decisiones (GUIDE-M). Dicho modelo, que pasó por una revisión exhaustiva de la comunidad internacional de GPC, está compuesto por diversas tácticas, dominios y componentes.

Posteriormente, se derivaron ítems candidatos de los datos recopilados, y estos fueron evaluados por diferentes partes interesadas internacionales en las GPC. A partir de esta retroalimentación, se refinó el contenido y se creó el Borrador de AGREE-REX. Este borrador incluyó varios ítems y temas, así como escalas de respuesta diseñadas específicamente para calificar cada ítem.

El AGREE-REX, en su esencia, se emplea para evaluar la calidad de las recomendaciones de las GPC en términos de su credibilidad clínica y su capacidad de implementación. Se diseñó específicamente para ser utilizado cuando las recomendaciones de una GPC, formuladas por un grupo de autores, se están considerando para su respaldo, adaptación o implementación por otro grupo distinto. La herramienta, por lo tanto, aporta un marco estructurado y riguroso para evaluar la aplicabilidad y pertinencia de las recomendaciones de las GPC en diversos contextos.

Es evidente que, si bien existen recursos y metodologías disponibles para mejorar la atención materno-fetal, la variabilidad en la calidad y en las recomendaciones de las guías actuales requiere una consideración detallada. La evaluación de estas guías, especialmente las desarrolladas con la metodología GRADE, es crucial para garantizar que los países y las instituciones estén equipados con las herramientas más efectivas y adecuadas para enfrentarlos desafíos de la salud materno-fetal. Por ende, este estudio busca llenar el vacío existente en la literatura, proporcionando una revisión exhaustiva y evaluación de las guías GRADE en el campo materno-fetal, con el fin último de mejorar la atención en salud en todo el mundo.

1.3 Justificación

1.3.1 Justificación de las publicaciones

Las GPC y protocolos de atención en la República Dominicana, específicamente en relación con la atención de mujeres con Preeclampsia-Eclampsia, requieren un análisis profundo en cuanto a su aceptabilidad, adopción y las barreras/facilitadores para su implementación. Es esencial entender cómo las funciones del sistema de salud y los actores clave influyen en este proceso, garantizando que la atención proporcionada sea de la máxima calidad y adecuación al contexto nacional (20).

La calidad de la evidencia detrás de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en salud materna/fetal es un componente esencial para asegurar la eficacia y seguridad de las intervenciones clínicas. Utilizando herramientas como AGREE REX, se busca describir y evaluar esta calidad, permitiendo identificar áreas de mejora y asegurando que las guías están basadas en las mejores evidencias disponibles (21).

Los valores y preferencias de las pacientes son fundamentales para una atención centrada en el paciente. Especialmente en condiciones tan críticas como la preeclampsia/eclampsia, comprender las perspectivas, necesidades y deseos de las pacientes en un Hospital Materno de referencia Nacional en la República Dominicana puede proporcionar información valiosa para adaptar y mejorar los protocolos y guías actuales.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Principal:

- Evaluar la evidencia disponible para adaptar e implementar guías de práctica clínica (GPC) de alta calidad que aborden los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la reducción de la mortalidad materna y su desigual impacto en la República Dominicana.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los facilitadores y barreras atribuibles a las funciones del sistema de salud y a los actores clave en la implementación de dichas guías y protocolos.
- Describir y evaluar la calidad de la evidencia subyacente a las recomendaciones en las GPC en salud materna/fetal utilizando la herramienta AGREE REX
- Examinar la aceptabilidad y adopción de GPC y Protocolos de atención para la mujer con Preeclampsia-Eclampsia en la República Dominicana.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1 Características y evaluación de la calidad de las guías de práctica GRADE sobre la atención Materno-Fetal

Se llevó a cabo una revisión sistemática de las guías de práctica clínica (GPC) centrada en las relacionadas con la atención materno-fetal, especialmente aquellas desarrolladas bajo el sistema GRADE. Se aplicó la herramienta AGREE-REX para evaluar estas guías. (22)

3.1.1 Diseño de la revisión

La investigación comenzó con una búsqueda sistemática en la Base Internacional de Guías Grade (BIGG), que posee un directorio global de guías GRADE vinculadas al Objetivo de Desarrollo Sostenible (11,23,24). Esta base se actualiza mensualmente con datos de fuentes como Medline, EMBASE, LILACs y sitios de organizaciones líderes en salud, como la OMS, OPS y NICE. Adicionalmente, engloba información de entidades gubernamentales de Latinoamérica y el Caribe. Se extendió la búsqueda a literatura gris, abarcando fuentes en castellano, francés, inglés y portugués, hasta enero de 2021.

Se seleccionaron guías que abordan condiciones o patologías ligadas al cuidado materno-fetal por su impacto en salud pública, particularmente en naciones de ingresos bajos y medios. Debían ser elaboradas bajo el sistema GRADE y contar con un acceso completo. Se excluyeron guías sin metodología GRADE, manuales de cuidados convencionales, protocolos y documentos basados únicamente en consensos de expertos.

Para la recolección de datos, se utilizó un formato Excel. Tres revisores efectuaron esta tarea de manera ciega e independiente, con un cuarto revisor supervisando. Es relevante destacar que ninguno estuvo vinculado con la creación de las GPC evaluadas.

3.1.2 Participantes

Las guías estudiadas provienen de BIGG y se enfocan en la atención materno-fetal. Se establecieron criterios de exclusión basados en la metodología y en el tipo de contenido.

3.1.3 Recolección de datos

La información recolectada incluyó el país de origen de la GPC, año de publicación, idioma original y entidad desarrolladora. Para asegurar precisión y uniformidad, tres revisores trabajaron independientemente, y un cuarto supervisó su labor.

3.1.4 Análisis de las GPC

Las GPC seleccionadas se sometieron a evaluación usando AGREE-REX, herramienta que mide la credibilidad clínica y la implementabilidad de guías. Esta se divide en tres dominios principales: Aplicabilidad clínica, Valores y preferencias e Implementabilidad (25). Cada dominio consta de varios ítems con sus respectivas escalas de respuesta.

Para profundizar, se creó una ficha basada en AGREE-REX, centrada en la solidez de las recomendaciones en las GPC. Tres equipos, conformados por dos individuos entrenados, evaluaron de forma independiente los dominios, garantizando consistencia y calidad en los resultados. Los dominios abarcan aspectos específicos de la calidad de las recomendaciones, desde la relevancia clínica hasta la implementabilidad a nivel local.

Se usó el software SPSS v22 para un análisis descriptivo de cada dominio de las GPC, incluyendo detalles como la entidad creadora y el país de origen. Se determinó el nivel de consenso entre evaluadores y se describieron las recomendaciones con su grado de evidencia en relación con variables diversas. Al contrastar dominios según la entidad creadora de la guía, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis debido a la no normalidad en la distribución de datos.

3.2 Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana

3.2.1 Diseño:

La investigación se sitúa dentro de la iniciativa de la OPS y de la Alianza para la Investigación sobre Políticas y Sistemas de la Organización Mundial de la Salud (6). Esta iniciativa busca fomentar la implementación de intervenciones sanitarias para avanzar en la Cobertura Universal en Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El diseño seleccionado para esta investigación es cualitativo, basándose en la observación directa. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

3.2.2 Participantes:

Se aplicaron las técnicas en cinco maternidades de referencia nacional, las cuales registran la mayor incidencia de casos de mortalidad materna en la República Dominicana. Las instituciones seleccionadas fueron:

Maternidad de Los Mina

Maternidad René Klan

Maternidad Juan Pablo Pina de San Cristóbal

Maternidad Jaime Sánchez

Hospital Antonio Musa de San Francisco de Macorís.

Durante 2018, se recopilaron las perspectivas de 70 profesionales de salud, incluyendo 23 enfermeras, 12 médicos residentes de ginecología y obstetricia, 12 médicos especialistas en ginecobstetricia, 10 gerentes de salud y dos líderes formuladores.

3.2.3 Recolección de datos:

Las entrevistas semiestructuradas y grupos focales estuvieron a cargo de tres investigadores independientes. Estos investigadores recibieron una formación específica sobre el tema de estudio y se calibraron adecuadamente en los instrumentos de recolección de datos. Se buscó representar a los diferentes niveles del sistema de salud, incorporando desde autoridades hasta aquellos encargados directos de implementar políticas de salud.

3.2.4 Análisis:

Se realizó un análisis cualitativo, centrandó el interés en dimensiones como la aceptabilidad, adopción, barreras, facilitadores y factores determinantes del sistema de salud. Entre las categorías de análisis consideradas estuvieron el grado de difusión de los documentos y la calidad en la formulación de las GPC y protocolos. Las transcripciones de las entrevistas y grupos focales fueron analizadas tanto manualmente como mediante el software Atlas ti®. Este proceso de análisis permitió categorizar y codificar la información, y cuando fue necesario, se añadieron categorías emergentes.

3.2.5 Aspectos Éticos:

El estudio recibió aprobación del Consejo Nacional de Bioética en Salud de la República Dominicana (Conabios) y del Comité de Revisión Ética de la OPS (PAHOERC). Se siguió un proceso de consentimiento informado estándar, y todos los consentimientos fueron digitalizados y conservados de manera segura. Adicionalmente, la investigación contó con el respaldo de la Escuela de Salud Pública de México y de la OPS.

3.3 Análisis de las Recomendaciones Fuertes de las Guías GRADE de la OMS

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en la plataforma BIGG-REC, donde se extrajeron recomendaciones fuertes o condicionales vinculadas a la salud materna. Todas estas recomendaciones están respaldadas por guías o directrices desarrolladas por la OPS/OMS siguiendo la metodología GRADE. Dicha búsqueda incluyó directrices publicadas en BIGG-REC hasta el año 2022.

3.3.1 Criterios de selección

Se incorporaron aquellas recomendaciones fuertes, ya fueran a favor o en contra, relacionadas con los siguientes dominios de la salud materna: Aborto, Hemorragia, Hipertensión, Infección, Anticoncepción y Salud Pública.

Quedaron excluidas del estudio aquellas recomendaciones que, debido a su naturaleza, no son pertinentes al contexto epidemiológico de la República Dominicana, como las relacionadas con el Ébola, la Enfermedad de Chagas y la mutilación genital.

Se diseñó un formato para extraer el contenido de las directrices, que incluye el dominio, la recomendación, un resumen de la evidencia y el nivel de determinantes de la implementación. Tres revisores evaluaron de manera independiente las recomendaciones y determinaron su nivel de implementación.

3.3.2 Análisis de las recomendaciones

Las recomendaciones seleccionadas de la plataforma BIGG-REC (26) se analizaron teniendo en cuenta si eran fuertemente a favor o en contra. Estas recomendaciones se consideraron como la unidad de análisis. Simultáneamente, se agregó información sobre la modalidad de la política de salud que responde a la recomendación. Esta se tomó como unidad de comparación, lo que permitió determinar, tras consulta con los revisores, el nivel de implementación. La implementación se clasificó en tres categorías: total (cuando se aplica en todos los servicios obstétricos nacionales), parcial (cuando solo se aplica en servicios obstétricos subnacionales) o no implementada (cuando no se encuentra evidencia de su implementación en el sistema de atención).

El análisis también pone de relieve la base de evidencia que respalda la recomendación de la OMS. Además, se documenta cualquier política, normativa o disposición nacional que favorezca su implementación, y se describen los factores que podrían justificar su no implementación.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana.

4.1.1 Resumen de resultados

Se obtuvo información de cinco centros especializados en el ámbito materno-infantil: la Maternidad Nuestra Señora de Alta Gracia, la Maternidad De Los Mina, la Maternidad René Klan, la Maternidad Juan Pablo Pina de San Cristóbal y la Maternidad Jaime Sánchez. Los participantes fueron organizados en cuatro grupos focales. Durante el mismo periodo, se obtuvo también la perspectiva de 70 prestadores de servicios.

Características de los Participantes de los Grupos Focales y Entrevistados

La población que participó estaba compuesta por 23 enfermeras, 12 médicos residentes de ginecología y obstetricia, 12 médicos especialistas en ginecología y obstetricia, 10 gerentes de salud y dos líderes formuladores de políticas. Del total, 52 eran mujeres y 18 hombres.

Conocimiento, Aceptabilidad y Adopción

En cuanto al conocimiento sobre la existencia de los protocolos y GPC para la atención a mujeres con preeclampsia-eclampsia, los participantes demostraron un buen entendimiento de sus contenidos. Este dominio fue más evidente entre aquellos con más años de servicio. El personal médico de los centros de formación mostró una mayor aceptación hacia las GPC. Además, las GPC sobre preeclampsia-eclampsia son más reconocidas por los profesionales vinculados a hospitales docentes (tres de los hospitales evaluados). La implementación de estas guías es más prominente en dichos hospitales. Especialistas y residentes en ginecología y obstetricia resaltaron contenidos que consideran fundamentales en estos documentos técnicos y señalaron que consultan las GPC y protocolos con más frecuencia que el personal de hospitales sin actividad docente.

Facilitadores en la Formulación de GPC y Protocolos

Hubo una valoración predominantemente positiva entre los participantes en relación con el desarrollo y actualización de las GPC utilizando la metodología GRADE. Esta percepción fue más común en hospitales con programas de residencias médicas. Se observó una inclinación favorable de los participantes hacia la medicina basada en evidencia y su valoración como herramienta fundamental en la creación de GPC y protocolos.

La mayoría del personal de enfermería y médico de los cinco hospitales estuvo de acuerdo con la implementación de las GPC y los protocolos para atender a mujeres con preeclampsia-eclampsia. En algunos casos, esta postura estaba relacionada con razones legales. Algunos participantes ven las GPC y protocolos como regulaciones impuestas por la autoridad sanitaria que deben seguirse obligatoriamente. Al ser percibidas como directrices coercitivas, esto motiva su implementación.

Barreras Percibidas

Se señaló una resistencia al cambio por parte de profesionales con más experiencia, que valoran sus propias prácticas por encima de las recomendaciones basadas en evidencia. Las limitaciones para cumplir con las normas surgieron principalmente por la falta de medicamentos, insumos y equipos. Se destacó la necesidad de generar evidencia nacional en el tratamiento de la preeclampsia-eclampsia, ya que actualmente se basa en datos internacionales. Solo en un hospital se mencionó un desacuerdo por razones religiosas relacionadas con el aborto terapéutico.

Opiniones de los Gestores

La implementación de GPC y protocolos es un desafío esencial para el sistema de salud dominicano. Los gerentes creen que se deben fortalecer los procesos de implementación y crear un programa nacional de guías. La difusión de estas guías fue un punto de desacuerdo, con preferencias entre formatos digitales y físicos, pero todos valoraron un formato resumido. Se sugiere también una mayor divulgación mediante medios masivos y su inclusión en programas académicos.

Respecto a la socialización de las guías con pacientes, hay opiniones divididas. Un grupo sugiere adaptarlas a un formato más sencillo para el público general.

Sobre la Implementación:

Los participantes sugieren reforzar los mecanismos institucionales que impulsen la adhesión a las GPC. Propusieron medidas como fortalecer el liderazgo en hospitales, crear equipos de seguimiento y establecer consecuencias por incumplimiento.

Al explorar más a fondo la temática, se identificaron comentarios que resaltan la coexistencia de jóvenes profesionales y médicos especialistas con una mayor trayectoria. Estos últimos, que simultáneamente son líderes de opinión y docentes, a menudo muestran resistencia hacia la adopción de este tipo de atención sanitaria y al uso de recomendaciones basadas en evidencia. Un médico obstetra, que formó parte de un grupo focal, mencionó: "A menudo hay resistencia por parte del personal con más años de servicio que se guía por el principio de: 'lo que yo hacía es válido, así que continué haciéndolo'".

Dentro de la investigación e instancias del sistema de salud, es importante subrayar la percepción de los participantes sobre las limitaciones financieras y tecnológicas del sistema para adoptar las recomendaciones de las GPC. Las intervenciones orientadas a la implementación de GPC determinan que no hay una única estrategia clara, y que el impacto resultante es mínimo. Tales hallazgos impulsan la búsqueda de nuevas estrategias centradas en generar cambios institucionales en términos de estructura de servicios y en cómo se aplican las guías, sin olvidar los factores individuales que definen la percepción, conocimientos y prácticas de los proveedores de salud.

En lo que respecta a la experiencia en América Latina, el modelo del programa de GPC de Chile se deriva de la investigación en implementación que identificó necesidades asociadas a documentos que estipulan los recursos metodológicos, roles de los participantes, papel de las instituciones académicas, coordinación con entidades formuladoras y una estrategia de implementación.

La percepción de que la metodología GRADE es una herramienta valiosa pero compleja plantea un reto para entender la estructura técnica de las GPC. Es valorada de manera positiva la participación de líderes de distintos sectores en el proceso; en particular, se destaca el liderazgo del Ministerio de Salud Pública en la creación de las GPC y protocolos, así como la autoridad de los miembros hospitalarios y las sociedades especializadas.

Tabla de Resumen: Estudio sobre Aceptabilidad y Adopción de GPC en Preeclampsia-Eclampsia en la República Dominicana

Componente	Detalles
Centros Involucrados	Maternidad Nuestra Señora de Alta Gracia, Maternidad De Los Mina, Maternidad René Klan, Maternidad Juan Pablo Pina de San Cristóbal, Maternidad Jaime Sánchez
Método de Recopilación	Cuatro grupos focales y perspectivas de 70 prestadores de servicios
Características de los Participantes	23 enfermeras, 12 médicos residentes, 12 médicos especialistas, 10 gerentes de salud, 2 líderes políticos (52 mujeres, 18 hombres)
Conocimiento, Aceptabilidad y Adopción	Buen conocimiento de protocolos, mejor aceptación en hospitales docentes, implementación prominente en hospitales docentes
Facilitadores	Valoración positiva de la metodología GRADE, inclinación hacia medicina basada en evidencia, acuerdo con la implementación de GPC y protocolos
Barreras Percibidas	Resistencia al cambio de profesionales con más experiencia, falta de medicamentos e insumos, falta de evidencia nacional, desacuerdo por razones religiosas en un hospital
Opiniones de los Gestores	Necesidad de fortalecer procesos de implementación, diversidad en preferencias de difusión, sugerencia de adaptación para público general
Sobre la Implementación	Reforzar mecanismos institucionales, establecer consecuencias por incumplimiento, resistencia de profesionales mayores
Percepciones Adicionales	Limitaciones financieras y tecnológicas, necesidad de cambiar estructura de servicios, valoración positiva de liderazgo del Ministerio de Salud Pública, reconocimiento de la colaboración técnica de la OPS

Se reconoce la colaboración técnica de la OPS como un componente crucial en los procesos de implementación y seguimiento del desarrollo de las GPC en el país. Sin embargo, se sugiere incrementar la participación de representantes de las provincias y fomentar una participación más proactiva por parte de ellos.

4.2 Características y evaluación de la calidad de las guías de práctica GRADE sobre la atención Materno-Fetal

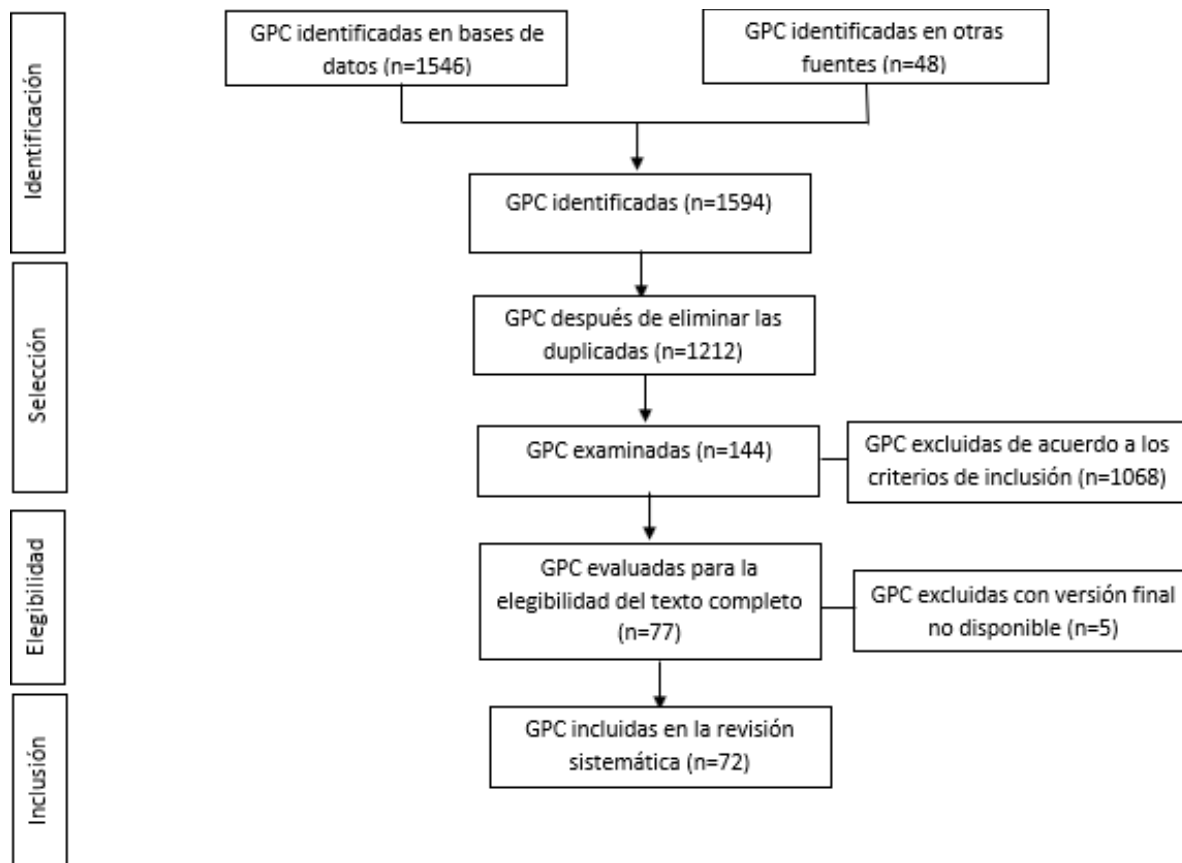
4.2.1 Resumen de resultados

Proceso de identificación y revisión de GPC

Durante el proceso, se localizaron 1.594 Guías de Práctica Clínica (GPC) por título y resumen. Posteriormente, 144 GPC se orientaron al área materno-fetal para evaluar los criterios de elegibilidad. De estas, 72 guías que cumplieron con dichos criterios y fueron analizadas en profundidad. Las principales causas de exclusión fueron duplicación de guías, guías en versión incompleta o la no disponibilidad de su versión definitiva.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.

Abreviaciones: GPC = guías de práctica clínica.



Mapeo de la evidencia

El análisis de las GPC por país de publicación encontró que el Reino Unido es el país con mayor producción de guías con 8 (11; 11%), seguido de Canadá y Colombia con 5 respectivamente (6; 9%), España y Estados Unidos con 3 cada una (4; 1%), Rep. Dominicana con 2 (2, 77%), Chile, India, Italia y Perú con 1 (1, 4%). Con relación al idioma de publicación, el inglés fue el predominante con 56 GPC (77, 78%) y el español con 16 (22, 22%). Según el tipo de organización, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue la principal organización sanitaria en producir las GPC con un total de 43 guías (59,7%), las Sociedades Médicas Especializadas elaboraron 11 GPC (15, 3%), seguidas de Instituciones Gubernamentales 19 (26, 4%).

El análisis de las GPC por tema identificó que las GPC prenatal elaboradas fueron 7 (9,72%), durante el embarazo se identificaron 27 (37,5%), seguidas de postnatal (puerperio) 13 (18,05%) y otras patologías materno-fetales 25 (34,72%).

Evaluación de implementabilidad

Al evaluar la implementabilidad de las guías con la herramienta AGREE-REX, se encontró en el *dominio 1 de aplicabilidad clínica*, un promedio global de 68, 49%

(considerado una calidad moderada), siendo este el dominio el más aceptado por los revisores. Desglosando el mismo por cada ítem se obtuvo que el nivel de evidencia que respaldan las recomendaciones presenta un promedio de 4,97 en la escala de respuesta; en lo que respecta a la aplicabilidad a los usuarios objetivo se evidenció un promedio de 5,11; y en la aplicabilidad a Pacientes/Población se obtuvo un promedio de 4,97.

En cuanto al *dominio 2 de valores y preferencias*, se obtuvo un promedio global de un 49.60% (considerado una calidad baja), siendo este dominio el menor valorado por los revisores. Detallando los ítems de manera individual, se pudo valorar que el ítem número 4 de valores y preferencias de los usuarios objetivo obtuvo un promedio de 3,91; Valores y Preferencias de los Pacientes/Población, un promedio de 3,79; Valores y preferencias de los tomadores de decisiones/políticas, un promedio de 4,45; y, finalmente, Valores y preferencias de los desarrolladores de directrices, un promedio de 3,07.

Con respecto al *dominio 3 de implementabilidad*, se obtuvo un promedio general de 53,60% (considerado una calidad moderada). Detallando los ítems de manera individual, se pudo evidenciar que, respecto a los objetivos de implementación y los impactos previstos de la guía, se obtuvo un promedio de 3,96 y, respecto a la aplicación local y la adopción de las recomendaciones, se calculó una puntuación promedio de 4,11.

Institución versus cada dominio:

En el análisis del dominio 1, se hizo evidente que las Guías de Práctica Clínica (GPC) desarrolladas bajo los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobresalieron con un cumplimiento del 78,16% para dicho dominio. Esta cifra se compara notoriamente con las GPC de las Sociedades Médicas Especializadas, que obtuvieron un 32,19% y con las elaboradas por Instituciones Gubernamentales con un 68,11%. Al establecer una comparativa, se obtuvo un valor de $p=0.000$, lo cual indica que sí existe una diferencia significativa en el cumplimiento del dominio 1 en función de la institución que elaboró la GPC. Esta significancia se mantuvo al desglosar y analizar individualmente cada ítem del dominio, todos con un $p<0.05$.

Por país de publicación:

La distribución de las guías por país de publicación se presenta variada. El Reino Unido encabezó la lista con 8 guías, representando el 11.11% del total. Por su parte, tanto Canadá como Colombia presentaron 5 guías, equivalentes al 6.9%. España y Estados Unidos siguieron con 3 guías cada uno, que equivalen al 4.1%. La República Dominicana contribuyó con 2 guías, un 2.77%. Mientras que Chile, India, Italia y Perú tuvieron una representación mínima, con solo 1 guía, lo que corresponde al 1.4% de la totalidad.

Idioma de publicación:

El inglés se estableció como el idioma predominante en las GPC, con un total de 56 guías, lo que representa el 77.78%. Por su parte, el español tuvo una representación de 16 GPC, lo que corresponde al 22.22%.

Tipo de organización:

En cuanto a la organización responsable de la elaboración de las guías, la OMS lideró el grupo con 43 guías, equivalentes al 59.7%. Las Sociedades Médicas Especializadas contribuyeron con 11 GPC (15.3%) y las Instituciones Gubernamentales con 19 GPC (26.4%).

Por tema:

El tema del embarazo dominó las guías con un total de 27, representando el 37.5%. Las patologías materno-fetales le siguieron con 25 guías (34.72%). Las guías sobre el período postnatal (puerperio) representaron el 18.05% con 13 guías y, finalmente, el período prenatal tuvo 7 guías, equivalentes al 9.72%.

Tabla: Características de las Guías de Práctica Clínica

País	Número de GPC	%
Reino Unido	8	11.11%
Canadá/Colombia	5	6.90%
España/Estados Unidos	3	4.10%
República Dominicana	2	2.77%
Otros países	1	1.40%
Idioma de publicación:		
Inglés	56	77.78%
Español	16	22.22%
Organización		

OMS	43	59.70%
Sociedades Médicas Especializadas.	11	15.30%
Instituciones Gubernamentales	19	26.40%
Por tema:		
Prenatal	7	9.72%
Embarazo	27	37.50%
Postnatal (puerperio)	13	18.05%
Otras patologías m-f	25	34.72%

Evaluación de implementabilidad utilizando AGREE-REX:

Al evaluar la implementabilidad de las directrices clínicas mediante la herramienta AGREE-REX, se han identificado varios aspectos clave que determinan la calidad y aplicabilidad de dichas directrices en la práctica clínica.

En el dominio de la aplicabilidad clínica, las directrices obtuvieron un promedio global de 68.49%. Esta cifra es el resultado de la evaluación de ítems específicos que incluyen el Nivel de evidencia, que obtuvo un puntaje de 4.97; la Aplicabilidad a usuarios objetivo, que registró 5.11; y la Aplicabilidad a Pacientes/Población, que marcó 4.97. Estos resultados reflejan la rigurosidad y pertinencia de las directrices en relación con la evidencia científica y su adaptabilidad a las necesidades tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes.

Por otra parte, en el ámbito de valores y preferencias, el promedio global fue de 49.60%. Esta cifra se descompone en diversos sub-ítems, como Usuarios objetivo con un puntaje de 3.91; Pacientes/Población, que obtuvo 3.79; Tomadores de decisiones/políticas, con un puntaje de 4.45; y Desarrolladores de directrices, que registraron 3.07. Estos datos sugieren una necesidad de alinear aún más las directrices con las preferencias y valores tanto de los pacientes como de los tomadores de decisiones y desarrolladores.

Finalmente, en términos de implementabilidad, las directrices mostraron un promedio general del 53.60%. Este indicador se desglosa en Objetivos de implementación e impactos previstos, con un valor de 3.96, y Aplicación local y adopción, que obtuvo 4.11. Estos resultados señalan las áreas en las que las directrices podrían ser mejor adaptadas o implementadas, garantizando así su máxima eficacia en la atención clínica.

Tabla 1. Guías de Práctica clínica según Institución en el Dominio 1 (Aplicabilidad)

Agree-Rex Dominio 1	Guías de Práctica clínica según Institución		
	<i>OMS (n=42)</i>	<i>Instituciones Gubernamentales (n=19)</i>	<i>Sociedades Médicas Especializadas (n=11)</i>
Nivel de evidencia	75%	74,5%	18,2%
Aplicabilidad a los usuarios objetivo	75,83%	70,1%	37,8%
Aplicabilidad a Pacientes/Población	75,83%	64%	34,8%

n			
Aplicabilidad Clínica	78,16/22,74%	68,11/28,19%	32,18/27,39%

Calidad alta	>70%
Calidad moderada	50-69%
Calidad baja	31-49%
Muy baja calidad	<30%

Comparación de Institución vs. Cada Dominio

OMS: 78.16%

Sociedades Médicas Especializadas: 32.19%

Instituciones Gubernamentales: 68.11%

Diferencia significativa: $p=0.000$.

Al profundizar en el análisis del dominio 2, emergen patrones interesantes de observar. Si bien las Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lograron un porcentaje del 54,4% en el cumplimiento de este dominio, lo cual se traduce en una calidad considerada como moderada, las comparaciones con otras instituciones revelaron diferencias notables.

Las Sociedades Médicas Especializadas alcanzaron solamente un 24,96%, lo que indica que estas organizaciones, a pesar de su enfoque especializado, todavía tienen áreas de mejora en este dominio. En contraste, las Instituciones Gubernamentales lograron un 53,24%, casi paralelo a la OMS, reflejando un esfuerzo similar en la construcción y validación de sus GPC.

La significancia estadística con un valor de $p=0,006$ respalda la idea de que las diferencias no son aleatorias, sino que existe una variabilidad genuina en cómo estas instituciones abordan el dominio 2.

Adicionalmente, cuando se profundizó en los ítems específicos del dominio, la mayoría mostró una significancia estadística con un $p<0,05$, lo que reafirma la consistencia en las diferencias encontradas. Sin embargo, es vital señalar que hubo excepciones notables. Los ítems relacionados con 'Valores y preferencias de los tomadores de decisiones/políticas' y 'Valores y preferencias de los desarrolladores de la guía' no mostraron dicha significancia, sugiriendo que, en estos aspectos particulares, las instituciones estudiadas tienen un desempeño más uniforme o que las diferencias no son lo suficientemente marcadas como para ser estadísticamente significativas.

La tabla 2, que resume estos hallazgos, se convierte en una herramienta crucial para aquellos interesados en comprender más profundamente las fortalezas y debilidades de las distintas instituciones en el ámbito de las GPC, especialmente en lo que respecta al dominio 2.

Tabla 2. Guías de Práctica clínica según Institución para el Dominio 2 (Valores y preferencias)

Agree-Rex Dominio 2	Guías de Práctica clínica según Institución		
	<i>OMS (n=42)</i>	<i>Instituciones Gubernamentales (n=19)</i>	<i>Sociedades Médicas Especializadas (n=11)</i>
Valores y preferencias de los usuarios objetivos	59,2%	45,6%	13,66%
Valores y preferencias de los pacientes	47,66%	61%	16,6%
Valores y preferencias de los tomadores de decisiones/políticas	60,67%	62,33%	37,8%
Valores y preferencias de los desarrolladores de la guía	38,3%	34,16%	18,16%
Valores y preferencias globales	54,4%	53,24%	24,96%

Calidad alta	>70%
Calidad moderada	50-69%
Calidad baja	31-49%
Baja muy calidad	<30%

Al profundizar en el análisis del dominio 3, se evidencia una clara diferencia en el desempeño de diversas instituciones con respecto a la creación y estructuración de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Esta evaluación brinda insights sobre cómo ciertas organizaciones pueden superar a otras y en qué áreas existen posibles oportunidades de mejora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lideró en cumplimiento con un 63,53% en el dominio 3, lo que refleja su capacidad y enfoque para producir GPC que cumplan con los criterios de este dominio. Por otro lado, las Sociedades Médicas Especializadas registraron un cumplimiento del 25,72%. La diferencia entre estas cifras podría surgir debido a variaciones en recursos, enfoque de las guías, o la base de conocimiento e investigación que sustenta las GPC de cada entidad.

Las Instituciones Gubernamentales obtuvieron un 47,80%. Aunque este porcentaje es inferior al de la OMS, es considerablemente más alto que el de las Sociedades Médicas Especializadas. Esto sugiere que las guías desarrolladas por entidades gubernamentales podrían beneficiarse de un conjunto más diverso de perspectivas y recursos.

El valor de $p=0,0001$ indica claramente que las diferencias observadas entre las instituciones son significativas y no meramente aleatorias. Estas diferencias reflejan variaciones reales en el abordaje del dominio 3 por parte de cada institución.

Al examinar cada ítem del dominio 3, se descubrió que la mayoría presentaban una significancia estadística con un valor $p<0,05$. Esta consistencia en los hallazgos refuerza la idea de que las variaciones son genuinas y merecen ser consideradas.

La tabla 3, proporciona un desglose más detallado de estos resultados, ofreciendo una comparación ítem por ítem de las diferentes instituciones.

Tabla 3. Guías de Práctica clínica según Institución para la Implementabilidad

Agree-Rex Dominio 3	Guías de Práctica clínica según Institución		
	<i>OMS (n=42)</i>	<i>Instituciones Gubernamentales (n=19)</i>	<i>Sociedades Médicas Especializadas (n=11)</i>
Propósito	57,5%	50,8%	15,16%
Aplicación y adopción local	64,33%	46,5%	13,5%
Implementación	63,53%	47,80%	25,72%
Calidad alta	>70%		
Calidad moderada	50-69%		
Calidad baja	31-49%		
Baja muy calidad	<30%		

Relación entre Institución y Nivel de Recomendación de la GPC

Relación entre la Institución y la Recomendación de la GPC

A fin de comprender de manera profunda cómo se vincula el nivel de recomendación de una GPC con la institución encargada de su elaboración, se llevó a cabo una aplicación de la prueba de K. Wallis. Esta prueba es relevante en contextos en los que se quiere comparar datos que no se ajustan a una distribución normal. En el caso en cuestión, se buscaba determinar si las GPCs con un promedio superior al 65% presentaban variaciones según la institución que las creó. Los resultados de la prueba, que arrojaron un valor de $p=0,007$, reflejan la existencia de una significación estadística. De este modo, se puede inferir que la entidad o institución que elabora una GPC tiene un impacto en su nivel de recomendación.

Análisis Detallado por País de Origen y Dominios de la GPC

Con el objetivo de dilucidar cómo influía el país de origen en la evaluación de las GPCs, se utilizó la herramienta AGREE-REX, reconocida por su rigor en la evaluación de este tipo de guías. A través de un test de ANOVA, se examinaron las posibles diferencias en los dominios basadas en el país de origen:

- Dominio "Aplicabilidad Clínica": Esta área de estudio se encarga de determinar cuán factible es aplicar una guía en un contexto clínico real. Al comparar las GPCs de diferentes países, el valor de $p=0,000$ resaltó una diferencia estadísticamente significativa. Este hallazgo implica que el país de origen tiene un impacto directo en la aplicabilidad clínica de una GPC. Al desglosar el análisis en ítems específicos del dominio, todos ellos mostraron una

relevancia estadística con un valor de $p < 0,05$.

- Dominio "Valores y Preferencias": En este dominio se examinan las prioridades y deseos de los beneficiarios de la guía. Aunque globalmente no se encontró una variación significativa ($p=0,84$), al detenerse en los ítems individuales del dominio, se destaca que solo el ítem referente a "Valores y preferencias de los usuarios objetivo" mostró significancia con un $p < 0,016$. Los demás ítems no arrojaron diferencias notables.

- Dominio "Implementabilidad": Este aspecto es crucial ya que se refiere a la facilidad con la que una guía puede ser puesta en marcha. En este caso, el análisis no detectó diferencias significativas entre los países, con un valor de $p=0,052$. Por lo tanto, el país de origen no parece influir en cuán implementable es una GPC en particular.

Tabla 4. Prueba de Chi2 País vs Nivel de Recomendación de la GPC

	Valor	df	Significancia asintótica (2 sided)
Chi cuadrado de Pearson	14.704 ^a	10	.143
Razón de probabilidad	18.679	10	.045
Asociación lineal	6.065	1	.014
N de casos válidos	72		
a. 20 celdas (90.9%) tienen un recuento menor de 5. El recuento mínimo esperado es 0.47.			

Influencia del País de Origen en la Recomendación de la GPC

El propósito principal de esta investigación fue determinar si el país de origen de una GPC tenía algún impacto en su grado de recomendación. Se estableció un criterio en el que una GPC sería considerada recomendable si su evaluación promedio excedía el 65%. Para analizar esta relación, se aplicó la prueba chi-square, una herramienta estadística comúnmente utilizada para examinar la asociación entre dos categorías. Sin embargo, el valor obtenido de $p=0,143$ sugiere que la recomendabilidad de una GPC no está estrechamente ligada a su país de origen. En otras palabras, independientemente de dónde se haya desarrollado una GPC, su calidad y recomendabilidad no necesariamente varían.

Desglose de la Evaluación de GPC por Tema

Al observar los diferentes temas o áreas de las GPCs, se obtuvieron resultados variados:

GPC Prenatales: Las guías centradas en el período previo al nacimiento tuvieron un promedio de evaluación del 62,23%. Sin embargo, hubo una variabilidad notable, reflejada en la desviación estándar de 28,9%, lo que indica una diversidad en la calidad de estas guías.

GPC Durante el Embarazo: Las guías enfocadas en el proceso de gestación tuvieron un promedio de 54,96%. Su desviación estándar de 25,9% señala también una considerable variabilidad en estas evaluaciones.

GPC Postnatales: Las guías que se centran en el período posterior al nacimiento registraron un promedio del 61,53%. Es notable que no se proporcionó una desviación estándar para estas guías, lo que podría sugerir una mayor consistencia en su evaluación.

Otros Temas Materno-Fetales: Las guías que abordan temas más especializados en esta categoría tuvieron un promedio de 56,04%, con una desviación estándar de 26,17%, denotando una variabilidad en sus evaluaciones.

4.3 Análisis de la implementación de recomendaciones clínicas y de salud pública basadas en la evidencia para la atención materna en la República Dominicana

4.3.1 Resumen de resultados

Para el análisis de la implementación de recomendaciones clínicas y de salud pública basadas en la evidencia para la atención materna en la República Dominicana se abordaron diferentes dominios como aborto, hipertensión, hemorragia, infecciones, nutrición, anticoncepción, violencia y programas de salud fueron evaluados. Para cada dominio, se determinó si las recomendaciones fuertes estaban implementadas o no.

Además, se consideraron diversos determinantes de implementación, como el marco legal, el modelo de salud, reglamentos técnicos, protocolos, acuerdos internacionales, programas de salud, financiamiento y recursos humanos.

Hipertensión del embarazo. (27–30)

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad severa, discapacidad a largo plazo y muerte materna y perinatal. Se estima el 14% de todas las muertes maternas ocurren por complicaciones de la hipertensión, siendo un gran desafío para los Sistemas de Salud de los países de renta media y baja. En la República Dominicana las complicaciones de la hipertensión del embarazo son responsables del 22% de la mortalidad registrada.

Se recomienda que las mujeres con hipertensión severa durante el embarazo deben recibir tratamiento con medicamentos antihipertensivos. (Implementada parcial)

La evidencia actual de muy baja calidad apoya el uso de antihipertensivos en mujeres con hipertensión severa, los regímenes de labetalol, hidralazina y Nifedipina muestran efectividad y seguridad para el tratamiento de la crisis de hipertensión.

La presión arterial muy alta durante el embarazo representa una grave amenaza para las mujeres y sus bebés. El objetivo del tratamiento antihipertensivo es bajar la presión arterial de forma rápida pero segura, para evitar complicaciones. Los fármacos antihipertensivos reducen la presión arterial. La disponibilidad de medios farmacológicos durante la hospitalización favorece la implementación, destacando las limitaciones que afecta a segmentos de mujeres que por razones financieras tienen barreras para acceder a medicamentos de forma ambulatoria.

Se recomienda la administración de sulfato de magnesio, con preferencia sobre otros anticonvulsivos, para prevenir la eclampsia en las mujeres con Preeclampsia grave. (Si implementada, total)

La evidencia muestra que la efectividad del Sulfato de magnesio es superior a otras terapias para la prevención o el tratamiento de la Eclampsia, la droga está disponible en los servicios de la República Dominicana y el personal de salud ha sido capacitado para su administración para la prevención y tratamiento de la convulsión Ecláptica. El Sulfato de Magnesio está incluido en el protocolo nacional y en el cuadro de medicamentos esenciales, factores que favorecen la implementación de la recomendación.

En mujeres tratadas con antihipertensivos prenatales, se recomienda continuar el tratamiento con antihipertensivos posparto. (Si implementada, parcial)

La persistencia de la hipertensión arterial posparto es más alta entre tres y seis días después del nacimiento, cuando la mayoría de las mujeres han sido dadas de alta. Un aumento significativo de la presión arterial puede ser peligroso en caso de no continuar con la protección farmacológica. La evidencia indica que los Sistemas de Salud deben desarrollar políticas para las mujeres accedan a drogas antihipertensivas el tiempo que sea necesario. En nuestro medio existen barreras para el acceso a medicamentos antihipertensivos de forma ambulatoria para mujeres no protegidas por la seguridad social.

La siguiente tabla proporciona un análisis detallado de las recomendaciones fuertes basadas en la guía GRADE sobre la atención materna en relación con la hipertensión del embarazo. Cada análisis detalla la intervención recomendada, la evidencia detrás de la recomendación, si se está implementando actualmente en la República Dominicana y los determinantes para su implementación.

Tabla. IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FUERTES CONTENIDAS EN LA GUIAS DE PRACTICAS CLINICAS GRADE DEL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA, Hipertensión Arterial en el embarazo. (27-30)

Intervención	Comparación	Recomendación Fuerte	Resumen de la Evidencia	Implementación	Determinante para su Implementación
Administración de antihipertensivos a mujeres con Pre eclampsia Severa	No administración de antihipertensivos en Pre eclampsia Severa	Las mujeres con hipertensión severa durante el embarazo deben recibir tratamiento con medicamentos antihipertensivos	La evidencia actual de muy baja calidad apoya el uso de antihipertensivos en mujeres con hipertensión severa...	Si	- Existencia de compras y suministro de drogas antihipertensivas...
Manejo activo de la mujer con Pre eclampsia grave pre término	Manejo expectante...	En mujeres con Pre eclampsia severa, un feto viable y antes de las 34 semanas...	La evidencia de muy baja calidad muestra que...	Si	- Existencia de personal, recursos hospitalarios...
Sulfato de Magnesio para prevenir convulsión ecláptica	Otras drogas anticonvulsivantes	Se recomienda la administración de sulfato de magnesio...	Cuando se comparó el Sulfato de Magnesio con placebo...	Si	- El Sulfato de Magnesio está incluido en el protocolo nacional...
Desembarazo de mujeres con Pre eclampsia grave a término	Manejo expectante...	En mujeres con Pre eclampsia grave a término, se recomienda el parto prematuro	La evidencia disponible favorece el desembarazo...	Si	- El protocolo de atención a la mujer con HPP incluye...
Tratamiento farmacológico de la hipertensión post parto	No manejo farmacológico...	En mujeres tratadas con antihipertensivos prenatales, se recomienda continuar el tratamiento...	En mujeres diagnosticadas con Pre eclampsia...	Si	- Disponibilidad de antihipertensivos en los servicios...

Hemorragia post-parto (31,32)

La hemorragia posparto (HPP) representa una de las principales amenazas en la atención materna a nivel mundial y particularmente en la República Dominicana. Las directrices y recomendaciones basadas en evidencia para el manejo y tratamiento de la HPP son vitales para mejorar los resultados maternos y reducir la morbimortalidad. En el siguiente análisis, se consideran las recomendaciones fuertes provenientes de las Guías de Prácticas Clínicas GRADE de 2014 publicadas por la Organización Mundial de la Salud. A través de este cuadro, se busca determinar la implementación actual de estas recomendaciones en la República Dominicana y los factores determinantes que pueden influir en su adopción.

La HPP es una complicación común del parto y representa la principal causa de muerte materna a nivel mundial, además está asociada a significativas secuelas secundarias. Esta complicación es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna globalmente, afectando hasta el 10% de todos los partos.

En República Dominicana, las complicaciones derivadas de la hemorragia obstétrica representan la segunda causa de muertes maternas, siendo superada solo por la hipertensión durante el embarazo.

Se recomienda administrar ácido tranexámico vía intravenosa en las primeras 3 horas posteriores al nacimiento, además del cuidado estándar para aquellas mujeres que clínicamente se diagnostiquen con hemorragia posparto, ya sea después de un parto vaginal o una cesárea. (Sí, implementación parcial).

La HPP es una complicación frecuente y potencialmente mortal del parto. Aunque existen múltiples opciones para su prevención, es imperativo seguir avanzando en la identificación de tratamientos seguros, sencillos y rentables. El ácido tranexámico (AT), un agente antifibrinolítico ampliamente utilizado, ha demostrado ser efectivo en el manejo de la hemorragia posparto. Sin embargo, para que esta recomendación sea efectiva, es esencial garantizar su disponibilidad en la red de servicios de atención a partos. Esto resalta las barreras existentes para acceder a esta estrategia en el Sistema de Salud.

En casos donde no se cuente con oxitocina intravenosa, o si no se logra controlar el sangrado con esta, se sugiere el uso de ergometrina intravenosa, una dosis combinada de oxitocina-ergometrina, o prostaglandinas sintéticas, incluyendo misoprostol sublingual de 800 µg. (Sí, implementación completa).

Durante el proceso de alumbramiento, se debe administrar agentes uterotónicos a todas las parturientas para prevenir la HPP. La oxitocina IM/IV (10 UI) es el uterotónico de

elección. Otros agentes uterotónicos inyectables, como la ergometrina/metilergometrina o la combinación de oxitocina y ergometrina, junto con el misoprostol, son alternativas válidas cuando no se tiene acceso a la oxitocina. Es crucial que los uterotónicos más eficientes estén disponibles en los puntos de atención, ya que su disponibilidad facilita la implementación de estas intervenciones.

La oxitocina intravenosa es el uterotónico recomendado para tratar la HPP. (Sí, implementación completa). Es el uterotónico de elección para prevenir la HPP en partos y cesáreas. La evidencia sugiere que es la opción primordial para tratar la hemorragia posparto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 10 UI de oxitocina, ya sea intramuscular o intravenosa, como prevención primaria para la HPP.

Si, a pesar del tratamiento con agentes uterotónicos y otras intervenciones conservadoras (como el masaje uterino o el taponamiento con balón), el sangrado persiste, se aconseja recurrir a procedimientos quirúrgicos. (Sí, implementación completa).

La hemorragia es la principal causa de muerte materna en el mundo y se sitúa como la tercera causa más frecuente de muerte materna en Estados Unidos. Si bien la atonía uterina fue previamente un motivo relevante de hemorragia periparto, recientemente se observa que la placentación anómala es la principal causa, siendo también la principal razón para realizar histerectomías postparto. Detectar y tratar con rapidez y eficacia la hemorragia obstétrica es vital para reducir la morbilidad y mortalidad materna. En escenarios donde no se controla la hemorragia con tratamientos farmacológicos, es indispensable recurrir a intervenciones quirúrgicas, y el sistema de salud debe garantizar su aplicación mediante personal capacitado y quirófanos disponibles.

Tabla. Análisis de Hemorragia Postparto: Implementación de las Recomendaciones Fuertes contenidas en las Guías de Prácticas Clínicas GRADE del ámbito de la Atención Materna en la República Dominicana (32).

Intervención	Comparación	Recomendación	Resumen de la evidencia	Implementación	Determinantes para su implementación
Administración de Ácido tranexámico	Oxitóicos	Se recomienda el uso temprano de ácido tranexámico por vía intravenosa dentro de las 3 horas posteriores al nacimiento.	La recomendación de la administración de ácido tranexámico se extrapoló de la bibliografía sobre cirugía y traumatismo.	Si	- Disponibilidad en los servicios de atención obstétrica. - No está incluido en el cuadro básico de medicamentos esenciales.
Ergometrina intravenosa o prostaglandinas	Oxitóicos	Si no se dispone de oxitocina intravenosa, se recomienda el uso de Ergometrina intravenosa, una dosis fija de oxitocina-ergometrina o prostaglandinas sintéticas.	La administración de agentes uterotónicos se recomienda para la prevención de la HPP.	Si	- Inclusión de drogas oxitócicas en el protocolo nacional. - Exclusión del Misoprostol del cuadro de medicamentos esenciales.
Oxitocina intravenosa sola	Oxitóicos	La oxitocina intravenosa sola es el uterotónico recomendado.	La oxitocina es la principal opción para el manejo de la HPP.	Si	- Inclusión en el protocolo nacional y en el cuadro de medicamentos esenciales.

Uso de cristaloides isotónicos	Coloides	Se recomienda el uso de cristaloides isotónicos con preferencia al uso de coloides.	La evidencia favorece el uso de cristaloides isotónicos.	Si	- Inclusión en el protocolo nacional. - Disponibilidad y personal entrenado para su administración.
Intervención quirúrgica	Opciones no quirúrgicas	Se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas si el sangrado no se detiene.	Si el sangrado persiste, debe utilizarse la intervención quirúrgica sin demoras.	Si	- Existencia de Red de servicios quirúrgicos.
Manejo activo del alumbramiento con TCC	Manejo activo sin TCC	No se recomienda TCC en lugares sin parteras capacitadas.	Está contraindicada en lugares sin parteras capacitadas.	Si	- Red de proveedores capacitados en maniobras TCC.

Infecciones maternas (33)

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y otras infecciones presentan una amenaza significativa para la salud pública, no solo a nivel mundial sino específicamente en la República Dominicana. Las ITS y otras infecciones como el VIH y la hepatitis B tienen un gran impacto en la salud reproductiva y en los neonatos. De manera particular, las complicaciones relacionadas con el embarazo, la transmisión de madre a hijo y las consecuencias de largo plazo sobre la salud son áreas de preocupación. Las directrices y recomendaciones basadas en evidencia son esenciales para enfrentar estos desafíos. En el siguiente análisis, se consideran las recomendaciones fuertes provenientes de diversas Guías de Prácticas Clínicas GRADE y se evalúa su implementación en la República Dominicana, así como los determinantes clave que pueden influir en su adopción.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial, afectando la calidad de vida y causando significativa morbilidad y mortalidad. Estas infecciones impactan directamente la salud reproductiva e infantil debido a complicaciones como infertilidad, cánceres y complicaciones durante el embarazo. Adicionalmente, las ITS juegan un papel crucial en la facilitación de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), generando impactos tanto a nivel individual como nacional. Cada día, se adquieren más de un millón de ITS.

La terapia antirretroviral (TAR) debe iniciarse en todas las mujeres embarazadas y lactantes seropositivas al VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS o del nivel de linfocitos CD4, y debe continuar de por vida. (Sí, implementación parcial)

El éxito en la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH es uno de los logros más destacables en salud pública de las últimas dos décadas. Investigaciones meticulosas y esfuerzos dedicados han logrado tasas muy bajas de PTMI del VIH en contextos con profilaxis óptima. Aunque persisten desafíos en su implementación, la eliminación global de la infección pediátrica por VIH parece más alcanzable que nunca. La profilaxis en recién nacidos, a menudo subestimada, es un componente esencial en la PTMI.

Para el Sistema de Salud Dominicano, garantizar la terapia antirretroviral durante el embarazo y a largo plazo es desafiante debido a barreras socioculturales y financieras.

Las madres con VIH deben amamantar al menos 12 meses y pueden continuar hasta 24 meses o más (similar a la población general) siempre y cuando reciban apoyo total para la adherencia al TAR (consultar las directrices consolidadas de la OMS sobre medicamentos ARV para optimizar la adherencia). (No implementado)

En la República Dominicana, debido a las dificultades para garantizar un tratamiento antirretroviral (TAR) temprano y mantener una carga viral baja durante el parto y el puerperio, las guías nacionales recomiendan evitar la lactancia materna, usando sustitutos de leche para el neonato. Para modificar esta norma, es esencial garantizar una cobertura universal de TAR en embarazadas y un seguimiento continuo de la carga viral para permitir la lactancia materna.

La evidencia respalda que las madres con VIH en regiones de recursos limitados deben amamantar al menos 1 año, destacando la necesidad de mayor apoyo en alimentación complementaria. No obstante, en nuestro entorno, la lactancia se restringe en mujeres con VIH con hijos lactantes.

Se debe administrar antibióticos de forma profiláctica a todas las mujeres que se someten a cesáreas para prevenir infecciones. La evidencia demuestra una reducción significativa en infecciones postoperatorias, justificando así la política de administrar antibióticos de manera profiláctica en cesáreas, ya sean electivas o no. La disponibilidad de antibióticos en el momento de la cesárea refuerza la implementación de esta recomendación en el Sistema de Salud Dominicano.

Se sugiere que las madres con sospecha o diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 continúen amamantando y estén en contacto con sus bebés, ya que los beneficios superan los riesgos, especialmente en casos leves y moderados. Sin embargo, es vital que utilicen una máscara al amamantar. (Sí, implementado totalmente)

La lactancia materna no solo es una fuente óptima de nutrición para el recién nacido, sino que también establece un vínculo sólido entre madre e hijo. Durante la pandemia de COVID-19, se ha recomendado la lactancia materna para madres infectadas con SARS-CoV-2. Siguiendo este enfoque, la Guía para la atención de embarazadas afectadas por COVID-19 sugiere mantener la lactancia materna.

Se recomienda que las pruebas serológicas de HBsAg se realicen rutinariamente en todas las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales, conectándolas con servicios de prevención, atención y tratamiento. También es esencial ofrecer pruebas de hepatitis B a las parejas y compañeros en contextos de atención prenatal. (Sí, implementación parcial)

La detección y diagnóstico de las infecciones por hepatitis B (VHB) y C (VHC) son esenciales para acceder a los servicios de prevención y tratamiento. Entre los factores de riesgo destacados se encuentra una edad temprana, una previa infección por hepatitis B, mientras que ser mujer reduce el riesgo. Esto resalta la importancia de extender las pruebas de hepatitis B a las parejas masculinas de todas las embarazadas, una necesidad no satisfecha en nuestro entorno debido a barreras sociales y financieras.

En el caso de mujeres embarazadas con sífilis tardía o de duración desconocida, la OMS recomienda administrar 2,4 millones de unidades de Penicilina Benzatínica G por vía intramuscular una vez a la semana durante tres semanas consecutivas en lugar de no recibir tratamiento. (Sí, implementación parcial)

La transmisión vertical de la sífilis varía según el estadio de la infección materna. La sífilis materna diagnosticada tarde en el embarazo es un riesgo significativo para la sífilis congénita, ya que esto puede resultar en un tratamiento tardío o la falta del mismo. Se enfatiza que la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la sífilis son esenciales para prevenir la sífilis congénita y sus consecuencias adversas en el embarazo. En nuestro contexto, todavía existen barreras para el tamizaje universal de sífilis entre las embarazadas debido a factores como la pobreza extrema, migración y fragmentación de la atención prenatal.

Tabla. Infecciones maternas: Implementación de las Recomendaciones Fuertes contenidas en las Guías de Prácticas Clínicas GRADE en el Ámbito de la Atención Materna en la República Dominicana.

Fuente	Intervención	Comparación	Recomendación	Resumen de la evidencia	Implementación	Determinantes para su implementación
WHO, Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.2015 (34)	Terapia antirretroviral (TAR) en mujeres embarazadas y lactantes seropositivas al VIH	Mujeres embarazadas o puérperas sin terapia ARV	La terapia antirretroviral (TAR) se debe iniciar en todas las mujeres embarazadas y lactantes seropositivas al VIH	Evidencia de calidad moderada establece que es favorable la terapia temprana	Sí	- Suministro de TAR Cobertura de pruebas VIH en embarazadas Detección oportuna
WHO, Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV,2015 (34)	Lactancia de madre seropositiva al VIH	Supresión de lactancia materna en mujeres seropositivas a VIH	Las madres que viven con el VIH deben amamantar al menos 12 meses y pueden seguir haciéndolo hasta 24 meses	El éxito de la intervención de prevención del VIH madre-hijo se logró con la detección sistemática del VIH	Sí	Inexistencia de cobertura adecuada de TAR para embarazadas

WHO, Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto, 2015 (34)	Profilaxis de antibióticos a mujeres con cesárea	Placebo o no terapia en mujeres con cesárea	Se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para las mujeres con cesárea	Se deben administrar antibióticos profilácticos de forma rutinaria	Sí	- Suministro de antibióticos Personal capacitado
Guidelines for Prophylaxis and Management of Patients with Mild and Moderate COVID-19 in Latin America, 2021 (33)	Lactancia materna de parte de mujeres con COVID19	Supresión de lactancia materna de parte de mujeres con COVID19	Se recomienda que las madres con sospecha o diagnóstico de SARS-CoV-2 continúen amamantando	Evidencia de muy baja calidad sugiere que las madres deben continuar amamantando	Sí	- Guía para atención de embarazadas con SARS COV2 Personal capacitado
WHO, Directrices sobre las pruebas de detección de la hepatitis B y C, 2017	Pruebas serológicas de HBsAg a embarazadas	No realizar prueba de HBSAG a embarazadas en prenatal	Se recomienda que las pruebas serológicas de HBsAg se ofrezcan de rutina a todas las embarazadas	Las pruebas y el diagnóstico de la infección son la puerta de entrada para acceder a servicios de prevención y tratamiento	Sí	- Protocolo nacional de atención prenatal Forma de red de laboratorios

WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women, 2017	Administración de Penicilina en mujeres con Sífilis tardía	Ningún tratamiento	En mujeres embarazadas con sífilis tardía se recomienda 2,4 MU de penicilina benzatínica G IM una vez a la semana durante tres semanas	Evidencia de muy baja calidad sugiere administrar Penicilina G Benzatínica G 2.4 MU por vía IM	Sí	- Protocolo de atención para sífilis en el embarazo Disponibilidad de Penicilina
--	--	--------------------	--	--	----	---

Anticoncepción (35)

La planificación familiar es esencial para promover el bienestar y la autonomía de las mujeres, sus familias y comunidades. La calidad de atención en planificación familiar es de primordial importancia para garantizar altos estándares de salud para todas las personas.

Dentro de los elementos que determinan la calidad de atención en planificación familiar, se encuentran: la capacidad de elegir entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos, información basada en evidencia sobre la eficacia, riesgos y beneficios de los distintos métodos; profesionales de la salud técnicamente competentes y capacitados; relaciones entre prestadores de servicios de salud y usuarios basadas en el respeto a las decisiones informadas, privacidad y confidencialidad; y una adecuadagama de servicios disponibles en la misma localidad.

Se sugiere que las píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre estén disponibles sin receta para aquellos que deseen usar anticoncepción de emergencia. Esta recomendación no ha sido implementada. El uso de anticoncepción de emergencia (AE) dentro de las 120 horas posteriores a una relación sexual sin protección o con protección insuficiente puede reducir el riesgo de embarazo. Las indicaciones para el uso de AE incluyen relaciones sexuales sin anticonceptivos, rotura o deslizamiento del condón, dosis omitidas o tardías de anticonceptivos (incluyendo la píldora anticonceptiva oral, parche anticonceptivo, anillo anticonceptivo y anticonceptivos inyectables), vómitos tras el consumo de anticonceptivos orales y agresión sexual.

En la República Dominicana, la píldora anticonceptiva de emergencia no se clasifica como un medicamento de venta libre. A pesar de ser vendida sin prescripción, su comercialización no cuenta con el respaldo oficial para su venta sin receta. Los programas estatales no incluyen su compra ni su suministro regular, razón por la cual esta recomendación no se lleva a cabo.

La anticoncepción inyectable autoadministrada debería estar disponible como un método adicional para administrar anticoncepción inyectable a personas en edad reproductiva. No obstante, esta recomendación tampoco ha sido implementada en nuestro entorno.

Las píldoras anticonceptivas orales (ACO) de venta libre deberían estar disponibles sin receta para los usuarios de ACO. No ha sido implementada.

La literatura muestra que cambiar la clasificación de anticonceptivos orales, de emergencia e inyectables de productos con receta a productos sin receta, implica

cambios regulatorios en los países. Estos deben considerar las necesidades insatisfechas de mujeres, incluyendo adolescentes.

Las agresiones sexuales a menudo no se denuncian y más de la mitad de ellas son cometidas por alguien conocido por la víctima. En el contexto de anticoncepción de emergencia para adolescentes víctimas de agresión sexual, mientras que los servicios de urgencias de referencia en países desarrollados suelen ofrecer AE, en nuestro contexto, esta norma se cumple de manera parcial debido a diversas razones.

Una mujer puede comenzar a usar el acetato de medroxiprogesterona de depósito (MPA) por vía subcutánea dentro de los 7 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual. Aunque la investigación muestra que la administración subcutánea de MPA se relaciona con la supresión de la ovulación, extendiendo el período de protección a 6 meses con una adecuada protección anticonceptiva, esta fórmula aún no está disponible en el mercado nacional.

Tabla. Implementación de las Recomendaciones Fuertes contenidas en las Guías de Prácticas Clínicas GRADE en el Ámbito de la Atención Materna en la República Dominicana: Planificación familiar y anticoncepción

Fuente	Intervención	Comparación	Recomendación	Resumen de la evidencia	Implementación	Determinantes para su implementación
WHO, Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition, 2018	Las píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre	Otra modalidad de acceso a píldoras de emergencia	La OMS recomienda que las píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre estén disponibles sin receta	Evidencia de baja calidad indica que una mujer debe tomar una dosis de una PAE-AUP lo antes posible después de tener relaciones sexuales, en un plazo de 120 horas	Si/No	- La píldora anticonceptiva de emergencia no es un medicamento de venta libre en RD - Los programas estatales no incluyen su compra y suministro regular
WHO, Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition, 2018	Anticoncepción inyectable autoadministrada	Otra modalidad de administración	La anticoncepción inyectable autoadministrada debe estar disponible	Evidencia muestra experiencia favorable sobre intervenciones de autocuidado para la salud y derechos sexuales y reproductivos	Si/No	- No existen suministros de anticonceptivos en modalidad de auto inyectable - El protocolo de atención en anticoncepción no incluye esta modalidad
WHO, Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016	Las píldoras anticonceptivas orales (ACO) de venta libre	Las píldoras anticonceptivas orales (ACO) de venta con receta	Las píldoras anticonceptivas orales (ACO) de venta libre deben estar disponibles sin receta	Evidencia de baja calidad indica que una mujer debe acceder a las ACO de venta libre	Si/No	- Los ACO no son medicamentos de venta libre en RD - Los programas estatales incluyen compras o suministros regulares

WHO, Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016	Anticoncepción de emergencia para niñas víctimas de violación sexual	Atención a víctimas sin incluir Anticoncepción de Emergencia	Ofrecer anticoncepción de emergencia a niñas que hayan sido violadas con penetración peno vaginal	La AE hace referencia a métodos anticonceptivos que pueden usarse para evitar el embarazo después del coito	Si/No	- Normas de atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual - El personal está capacitado y existen suministros de AE para este fin
WHO, Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016	Administración acetato de medroxiprogesterona de depósito por vía subcutánea	Administración acetato de medroxiprogesterona de depósito por vía intramuscular	Una mujer puede comenzar a administrar AMP por vía subcutánea dentro de los 7 días posteriores al comienzo de su sangrado menstrual	No se cuenta con evidencia directa concluyente pero la administración de AMP vía subcutánea es una recomendación	Si/No	- No existen suministros de AMP vía subcutánea - La provisión actual es vía I.M.

El fenómeno del aborto continúa siendo un asunto de gran relevancia para los sistemas de salud. Según un estudio de la OMS del año 2014, representaba el 7,9% (intervalo de 4,7 a 13,2) de las muertes maternas. A pesar de la falta de investigaciones sistemáticas que señalen los cambios epidemiológicos del aborto en el contexto actual post-COVID, este asunto persiste como un desafío significativo en la protección de la salud de las mujeres. Por ello, es imperativo que los sistemas de salud continúen adaptándose e incorporando recomendaciones fundamentadas en evidencia y buenas prácticas en las políticas de salud sexual y reproductiva. Específicamente, el sistema de salud de la República Dominicana reportó que, para el año 2022, las complicaciones relacionadas con el aborto estuvieron vinculadas al 4% de las defunciones. Dada esta premisa, el presente informe de investigación incluye ocho recomendaciones sólidas presentes en las Guías de Práctica Clínica de la OMS, y con el objetivo de evaluar su implementación en el Sistema Dominicano de Salud, se detallan en la siguiente Tabla.

Tabla. Implementación de las Recomendaciones Fuertes contenidas en las Guías de Prácticas Clínicas GRADE en el Ámbito de la Atención Materna en la República Dominicana: Aborto (36)

Intervención	Comparación	Recomendación Fuerte	Resumen de la Evidencia
Legalización del aborto	Despenalización del aborto	Se recomienda que el aborto esté disponible a pedido	La criminalización contribuye a la ilegalidad del aborto
Acceso a servicio de aborto	Objeción de conciencia	Proteger el acceso contra barreras por objeción de conciencia	La objeción de conciencia impone barreras a poblaciones
Cebado cervical con dilatadores osmóticos por enfermeras auxiliares/parteras auxiliares	Cebado cervical con dilatadores osmóticos por profesionales especialistas	Cebado cervical previo al aborto quirúrgico por enfermeras auxiliares/parteras auxiliares	Los trabajadores de salud comunitarios pueden brindar servicios de cebado cervical
Manejo médico con misoprostol del aborto <14 semanas por trabajadores de salud comunitarios, trabajadores de farmacia	Manejo médico con misoprostol del aborto <14 semanas por trabajadores de salud médicos especialistas	Manejo médico con misoprostol por parte de trabajadores de salud comunitarios	Gestión de la infección post-aborto
Manejo médico con misoprostol del aborto <14 semanas por trabajadores de salud comunitarios, trabajadores de farmacia	Manejo médico con misoprostol del aborto <14 semanas por trabajadores de salud médicos especialistas	Manejo inicial de infecciones posaborto por farmacéuticos, trabajadores de farmacia y trabajadores de salud comunitarios	En base a previa capacitación pueden desarrollar competencias
Manejo médico con misoprostol del aborto <12 semanas	Manejo quirúrgico del aborto	Uso de 800 µg de misoprostol	Misoprostol como alternativa eficaz, segura y aceptable

Manejo médico con misoprostol del aborto >12 semanas	Manejo quirúrgico	Uso repetido de 400 µg de misoprostol	Misoprostol como alternativa eficaz, segura y aceptable
Manejo médico con mifepristona combinado con misoprostol	Manejo quirúrgico o expectante	Uso de 200 mg de mifepristona seguido de 400 µg misoprostol	Mifepristona y misoprostol como alternativa al tratamiento quirúrgico
Anticoncepción post-aborto	Sin anticoncepción post-aborto	Se recomienda ofrecer anticoncepción inmediatamente después del aborto	La anticoncepción post-aborto reduce la recurrencia de embarazos no deseados
Asesoramiento pre y post-aborto	Sin asesoramiento pre y post-aborto	Se recomienda proporcionar asesoramiento antes y después del procedimiento	El asesoramiento contribuye a decisiones informadas y atención comprensiva
Uso de analgésicos durante el aborto quirúrgico	Sin uso de analgésicos	Se recomienda el uso de analgésicos durante el procedimiento	Los analgésicos reducen el dolor y mejoran la experiencia del paciente
Atención en ambientes de baja tecnología	Atención en ambientes de alta tecnología	Se recomienda el manejo en ambientes de baja tecnología cuando sea posible	Ambientes de baja tecnología pueden ser adecuados y seguros para ciertos procedimientos

Salud pública (37–39)

Las acciones de salud pública relacionadas con los problemas priorizados constituyen el núcleo de este análisis. Las recomendaciones son fortalecidas por la evidencia científica y buscan adaptarse a las condiciones y necesidades específicas de la República Dominicana. A continuación, se presenta un análisis detallado de cada recomendación, la evidencia en la que se basa, su estado de implementación y los determinantes clave para su adopción efectiva en el contexto dominicano.

Los proveedores de atención de salud deben indagar a las embarazadas sobre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (tanto pasado como presente) tan pronto como sea posible en el embarazo y en cada consulta prenatal. (Sí, implementada parcialmente).

El alcohol es la sustancia más consumida por las mujeres en edad fértil. Los embarazos expuestos al alcohol pueden tener graves consecuencias para el feto. Además, el consumo de alcohol durante el embarazo es un problema de salud pública, asociado con posibles daños tanto a la madre como al niño. La exposición prenatal al alcohol (EAP) altera el flujo sanguíneo fetal en el útero y está asociada con insuficiencia placentaria y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Esto sugiere una conexión subyacente entre la circulación alterada y los desenlaces del embarazo. Además, está documentado el Síndrome de Alcohol-Fetal. En nuestro contexto, el programa de prevención de consumo de alcohol durante el embarazo se centra principalmente en hospitales maternos, sin abarcar amplios segmentos de la población que asisten a centros de primer nivel en los territorios.

Los dispensadores de atención de salud deberían brindar a las mujeres, sus parejas y otros miembros del hogar asesoría e información sobre los riesgos de exposición al humo ajeno y estrategias para reducir dicho humo en el hogar. (No implementada). Las intervenciones clínicas en entornos de atención prenatal parecen disminuir la exposición al humo de tabaco ajeno. El consumo auto informado de tabaco es alto en la población masculina adulta de los Emiratos (~36% hombres vs. ~3% mujeres); sin embargo, hay pocos datos sobre el consumo o exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) durante el embarazo. Es esencial realizar esfuerzos de salud pública para incentivar a los cónyuges a dejar de fumar y promover hogares libres de humo, reduciendo así la exposición prenatal al HTA. En nuestra localidad, aún no contamos con investigación que documente el nivel de exposición de embarazadas al humo de tabaco en el hogar; por lo tanto, es necesario investigar y desarrollar programas que implementen la recomendación de espacios públicos y hogares libres de humo de tabaco.

Todos los establecimientos de atención de salud deben ser libres de humo para proteger la salud de todo el personal, pacientes y visitantes, incluyendo a las embarazadas. (Sí, implementada). El avance de las políticas de atención médica libre de humo es constante en todo el mundo, pero es necesario mantener esfuerzos sostenidos ya que muchos proveedores de salud tienen el hábito de fumar y los centros de salud son frecuentados por fumadores. En nuestro contexto, las ordenanzas del Ministerio de Salud aseguran la regulación del uso de tabaco en espacios públicos. Específicamente, en los centros de salud se mantienen espacios libres de humo, gracias a la vigilancia, educación de la población y herramientas de intervención para la población resistente.

Los establecimientos de atención de salud que brindan atención obstétrica deben contar con un protocolo actualizado para detectar, evaluar, monitorear e intervenir, utilizando métodos farmacológicos y no farmacológicos, en recién nacidos expuestos a opioides durante la gestación. (No se implementa). El síndrome de abstinencia neonatal (NAS) es una manifestación posnatal que ocurre poco después del nacimiento en bebés nacidos de madres que consumieron opioides durante el embarazo. Con el aumento en el consumo de opioides entre embarazadas, los diagnósticos de NAS aumentaron significativamente entre 2000 y 2014. Más de 30,000 bebés fueron diagnosticados con este síndrome, generando costos de hospitalización superiores a 500 millones de dólares. Aumentos desproporcionados de NAS han sido reportados en áreas rurales y estados de EE. UU. con altas tasas de complicaciones relacionadas con opioides, incluyendo muertes por sobredosis. El consumo de opioides durante el embarazo es un tema poco abordado en República Dominicana. Aunque es un problema emergente debido a los informes provenientes de hospitales obstétricos, la falta de datos y programas de prevención determina que esta recomendación aún no haya sido implementada por el Sistema de Salud.

Se recomienda que la autogestión de suplementos de hierro y ácido fólico esté disponible como una opción adicional a la provisión dirigida por profesionales de la salud durante el período posnatal. (No implementada). Los programas de nutrición materna se centran en un paquete completo de servicios, incluyendo alimentos, suplementos de micronutrientes, desparasitación, monitoreo del aumento de peso durante el embarazo y educación nutricional y sanitaria quincenal para las mujeres embarazadas. Las barreras para la cobertura y adherencia a suplementos y micronutrientes incluyen acceso variable y servicios de atención prenatal de baja calidad. Además, la falta de suministros adecuados y asesoramiento para fomentar el consumo son desafíos. La posibilidad de ampliar el acceso a través de canales comunitarios podría mejorar la anemia relacionada con el déficit de hierro y ácido fólico entre las embarazadas. Sin embargo, en República Dominicana persisten barreras que impiden que esta recomendación se implemente adecuadamente.

Se recomienda la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico como estrategia de salud pública para reducir el riesgo de embarazos afectados por defectos del tubo

neural y mejorar el estado de folato en la población. (Sí, implementada). Los defectos del tubo neural son afecciones congénitas debilitantes que se desarrollan temprano durante la concepción. Los niños que nacen con espina bífida enfrentan serias consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Existe evidencia sólida de que la suplementación con ácido fólico previene los defectos del tubo neural. Sin embargo, muchos embarazos no son planificados, por lo que es posible que las mujeres no estén consumiendo ácido fólico en el momento de la concepción. La fortificación de la harina con ácido fólico ha mostrado ser efectiva en la prevención de estos defectos. En República Dominicana, las acciones de regulación y transparencia

Tabla. Implementación de las Recomendaciones Fuertes contenidas en las Guías de Prácticas Clínicas GRADE en el Ámbito de la Atención Materna en la República Dominicana: Programas de Salud Pública (37,40)

Intervención	Comparación	Recomendación Fuerte	Resumen de la Evidencia	Implementación	Determinantes para su Implementación
Fortificación harina de trigo con ácido fólico	No fortificación	Se recomienda la fortificación para reducir defectos del tubo neural	Evidencia sólida sobre prevención de defectos del tubo neural	Si	Etiquetado, regulación, educación a la población
Lactancia madre seropositiva al VIH	Supresión de lactancia	Madres VIH+ deben amamantar con apoyo para adherencia al TAR	Riesgo de transmisión vertical de VIH a través de lactancia es raro con tratamiento y LV suprimida	Si	Cobertura de TAR en embarazadas
Profilaxis de antibióticos en cesárea	Placebo o no terapia	Se recomienda administrar antibióticos profilácticos	Uso reduce infección de la herida, endometritis y complicaciones infecciosas	Si	Suministro de antibióticos y personal capacitado
Lactancia en mujeres con COVID19	Supresión de lactancia	Las madres con COVID19 deben continuar amamantando con precauciones	Beneficios superan los riesgos en pacientes con condiciones leves y moderadas	Si	Guía de atención y personal capacitado
Pruebas de HBsAg en embarazadas	No realizar prueba	Las intervenciones psicosociales deben ser integradas	Identificación temprana permite atención y tratamiento necesarios	Si	Protocolo prenatal y red de laboratorios

Penicilina en sífilis tardía	Ningún tratamiento	Proteger privacidad y prevenir discriminación en VIH+	Penicilina G recomendada para sífilis temprana en embarazadas	Si	Protocolo de atención y disponibilidad de Penicilina
------------------------------	--------------------	---	---	----	--

Tabla. Implementación de las Recomendaciones Fuertes contenidas en las Guías de Prácticas Clínicas GRADE en el Ámbito de la Atención Materna en la República Dominicana: Nutrición Materna (37,38)

Intervención	Comparación	Recomendación fuerte	Resumen de la evidencia	Implementación	Determinante para su implementación
Terapia antirretroviral en mujeres seropositivas	Mujeres sin terapia ARV	Se recomienda la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico	Evidencia de calidad moderada sobre terapia temprana en mujeres embarazadas	Si	Detección de mujeres embarazadas con VIH, suministro de TAR, cobertura de pruebas VIH, detección oportuna
Lactancia de madre seropositiva al VIH	Supresión de lactancia materna en mujeres seropositiva a VIH	OMS recomienda autogestión de suplementos de hierro y ácido fólico	Éxito de intervención de prevención del VIH madre – hijo	Si	Inexistencia de cobertura adecuada de TAR para embarazadas
Profilaxis de antibióticos a mujeres con cesárea	Placebo o no terapia en mujeres con cesárea	Uso de alimentación entérica con leche materna en prematuros	Administración de antibióticos profilácticos en cesáreas reduce infecciones	Si	Suministro de antibióticos, personal capacitado

Lactancia Materna en mujeres con COVID19	Supresión de lactancia en mujeres con COVID19	Bebés deben recibir lactancia materna exclusiva	Madres con SARS-CoV-2 deben continuar amamantando	Si	Guía para atención de embarazadas con SARS COV2, personal capacitado
Pruebas de HBsAg a embarazadas	No realizar prueba de HBSAG	Niños y adolescentes con tuberculosis y malnutrición aguda grave deben recibir tratamiento	Pruebas y diagnóstico de hepatitis son cruciales	Si	Protocolo nacional de atención prenatal, existencia de red de laboratorios
Penicilina en mujeres con Sífilis tardía	Ningún tratamiento	Lactantes de peso bajo deben recibir lactancia materna	Administrar Penicilina G Benzatina en sífilis temprana	Si	Protocolo de atención para sífilis durante el embarazo, disponibilidad de Penicilina
Penicilina en mujeres con Sífilis tardía	Ningún tratamiento	Lactantes de peso bajo deben recibir lactancia materna	Administrar Penicilina G Benzatina en sífilis temprana	Si	Protocolo de atención para sífilis durante el embarazo, disponibilidad de Penicilina

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

5.1 Hallazgos principales

El estudio realizado en la República Dominicana sobre la aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos específicos para la atención de preeclampsia-eclampsia ofrece una visión integral del estado actual en cinco centros especializados en maternidad. La investigación, que incluyó la participación de 70 prestadores de servicios de salud, reveló una percepción generalmente positiva hacia el conocimiento, la aceptabilidad y la adopción de estas guías, destacando especialmente la receptividad entre el personal de hospitales docentes. Los participantes del estudio, abarcando una gama profesional desde enfermeras y médicos residentes hasta especialistas y gerentes de salud, mostraron no solo un buen entendimiento de las GPC sino también una elevada aceptación hacia ellas. Este fenómeno se atribuyó principalmente a la solidez de la medicina basada en evidencia y a la robusta metodología GRADE empleada en el desarrollo de las guías.

Sin embargo, el estudio también señaló la existencia de desafíos significativos en el camino hacia una adopción universal de las GPC. A pesar de la buena disposición general, se observó resistencia al cambio entre algunos profesionales de la salud con más años de experiencia, así como limitaciones en recursos que podrían obstaculizar la implementación completa de las guías. Entre los facilitadores identificados para la adopción de las GPC, se destacaron el liderazgo efectivo en los hospitales y la creación de equipos dedicados al seguimiento de la implementación. Por otro lado, las barreras más notables incluyeron la insuficiencia de medicamentos y equipos esenciales, así como la necesidad de generar y adaptar evidencia local para fortalecer el respaldo de las guías. La investigación subraya la importancia crítica de fortalecer los procesos de implementación y de adaptar las guías para facilitar su comprensión y aceptación por parte del público general, resaltando la coexistencia de opiniones entre la adopción de nuevas prácticas médicas y la preferencia por enfoques más tradicionales entre los profesionales de la salud.

En cuanto a la identificación y revisión de Guías de Práctica Clínica (GPC) relacionadas con la atención materno-fetal, el meticuloso proceso de selección y evaluación culminó en la revisión detallada de 72 guías de las 1.594 inicialmente identificadas en la plataforma BIGG (Base Internacional de Guías GRADE). Este proceso de filtrado, que aplicó criterios de elegibilidad rigurosos y excluyó duplicados y versiones incompletas, reveló una predominancia de guías en inglés (77.78%) y un destacado liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su producción, con un 59.7% del total. El Reino Unido emergió como el país con la mayor contribución en términos de guías publicadas. La evaluación de calidad de las recomendaciones en las guías, utilizando la herramienta AGREE-REX, indicó una calidad moderada en términos de aplicabilidad clínica y facilidad de implementación, pero mostró deficiencias en la consideración de valores y preferencias de los pacientes. Interesantemente, las GPC desarrolladas por la OMS exhibieron un

rendimiento superior en el dominio de aplicabilidad clínica en comparación con las producidas por otras organizaciones, subrayando el papel central de la OMS en el establecimiento de estándares de cuidado materno-fetal. La distribución temática de las guías evaluadas refleja un enfoque predominante en el embarazo y patologías materno-fetales, evidenciando la variabilidad en la producción de guías a nivel internacional y la contribución significativa de la OMS en su desarrollo.

El análisis sobre la implementación de recomendaciones clínicas y de salud pública en la República Dominicana se enfocó en dominios claves para la atención materna, tales como el manejo de la hipertensión y la prevención de la hemorragia post-parto, aspectos fundamentales para la reducción de la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. La evaluación destacó la importancia de la adopción de prácticas basadas en evidencia, como el uso de medicamentos antihipertensivos para el manejo de la hipertensión severa durante el embarazo y la administración de sulfato de magnesio para la prevención de la eclampsia. Además, se destacó la relevancia de la implementación de estrategias efectivas contra la hemorragia post-parto, incluyendo el uso de ácido tranexámico. Los hallazgos resaltan los desafíos enfrentados en la implementación efectiva de estas recomendaciones, incluyendo aspectos como el marco legal, el financiamiento adecuado, y la disponibilidad de recursos humanos capacitados. Estos elementos son identificados como determinantes claves para el éxito en la implementación de las ~~recomendaciones~~ subrayando la necesidad de enfoques integrales que aseguren el acceso a tratamientos esenciales y, por ende, contribuyan a la mejora de los resultados en la atención materna.

5.2 Nuestros resultados en el contexto de la investigación actual

La metodología GRADE ha sido identificada por los integrantes del sistema de salud dominicano como un instrumento adecuado para la formulación de las GPC (Guías de Práctica Clínica). No obstante, dos barreras emergen de manera destacada: la antigüedad en el servicio y no estar vinculados a hospitales docentes. Estos resultados brindan un panorama valioso para impulsar políticas que buscan expandir la estructura de formulación de GPC en el país, con la finalidad de fortalecer las competencias humanas y metodológicas en la producción de documentos sustentados en evidencia de alta calidad.

Recientemente, la República Dominicana ha experimentado cambios significativos con la incorporación de herramientas metodológicas para la elaboración de guías GRADE. Esto marca un avance crucial para la implementación de un programa nacional de guías clínicas. Sin embargo, uno de los retos más sobresalientes en el panorama sanitario es la necesidad de disponer de instrumentos de referencia respaldados por investigaciones contextualizadas, reproducibles y basadas en evidencias sólidas. Las mismas deberían servir de soporte para políticas, programas e intervenciones que busquen impulsar su implementación efectiva. Las corrientes actuales en el mundo sanitario enfatizan la importancia de modelos innovadores de investigación que evalúen dicha implementación con la colaboración activa de gestores públicos y tomadores de decisiones.

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer

estrategias que reduzcan la brecha existente entre la investigación y la política pública. Para lograrlo, es esencial enfocarse en la traducción, síntesis e intercambio de conocimientos con todos los actores del sistema de salud. En esta línea, resulta imperativo involucrar a las partes interesadas, fundamentándose en la premisa de que la investigación coproducida puede mejorar significativamente la alineación entre ciencia y la política. En el contexto dominicano, si bien se reconoce que la metodología GRADE es apropiada, también se percibe como compleja. Esta dualidad representa un desafío en la comprensión técnica de las GPC. La participación activa de líderes de diversos sectores, como el Ministerio de Salud Pública y miembros de hospitales, así como de sociedades especializadas, ha sido identificada como positiva. Aunque la colaboración técnica de la OPS es valorada, se sugiere ampliar la participación de actores provinciales y de sectores profesionales independientes, académicos e investigadores.

La República Dominicana ha reconocido la importancia y complejidad de la metodología GRADE para la elaboración de las GPC. Sin embargo, aún existen desafíos significativos que deben ser superados para lograr una implementación eficiente y efectiva de estas guías a nivel nacional.

La producción y adopción de GPC basadas en la metodología GRADE se ha visto liderada principalmente por la OMS. Sin embargo, la participación activa de otros países y organizaciones es desigual, siendo más frecuente en países desarrollados y menos en aquellos de ingresos bajos y medios. A pesar del reconocido esfuerzo de la República Dominicana, Perú e India en el desarrollo de GPC, aún se necesita un mayor impulso y cooperación técnica para nivelar la calidad y cobertura.

La herramienta AGREE-REX destaca la 'Aplicabilidad' como el dominio más fuerte en las GPC analizadas, mientras que el dominio 'Valores y preferencias' resulta ser el más débil. Esta diferencia pone de manifiesto la necesidad de integrar herramientas que permitan una mayor consideración de los valores de los pacientes, políticas y la alineación de valores. Las GPC apoyadas gubernamentalmente tienden a tener una mayor adherencia y calidad que las propuestas por sociedades especializadas, lo que sugiere una mayor inversión y recursos en estas iniciativas gubernamentales.

El uso de la herramienta AGREE-REX resalta áreas específicas de mejora, especialmente en la integración de 'Valores y preferencias'. Las guías materno- fetales actuales, aunque valiosas, podrían beneficiarse de una mayor consideración de estos elementos para garantizar que sean lo más relevantes y aplicables posible. Es esencial reconocer las diferencias entre instituciones y países en cuanto a la calidad y el contenido de las GPC para abordar de manera efectiva estas brechas y garantizar la aplicabilidad local.

A pesar de la prominencia de la base de datos BIGG en el almacenamiento de GPC con metodología GRADE, es fundamental ampliar la mirada hacia otras bases y metodologías. Además, la herramienta AGREE-REX, aunque valiosa, requiere más ejercicios y difusión para convertirse en un estándar en la evaluación de GPC. Los hallazgos actuales subrayan la necesidad de investigar más a fondo y adaptar las guías para garantizar la máxima

calidad y aplicabilidad en diferentes contextos.

El Sistema de Salud Dominicano, al igual que muchos sistemas de salud en el mundo en vías de desarrollo, enfrenta desafíos significativos en la adhesión y aplicación de recomendaciones internacionales, en especial aquellas referentes al ámbito de la salud materna. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) representan un estándar de oro en la atención médica, basado en investigaciones y evidencias de alta calidad, que buscan garantizar el bienestar de la población a nivel mundial. Sin embargo, la traslación de estas directrices a la práctica clínica en determinados contextos puede enfrentar obstáculos que varían desde factores estructurales hasta culturales.

El estudio refleja claramente que, a pesar de los avances y esfuerzos, persisten limitaciones en la República Dominicana para cumplir con recomendaciones fuertes en el ámbito de la salud materna. Estas limitaciones pueden estar ligadas a debilidades en el marco legal vigente, insuficiencias en la infraestructura, falta de formación adecuada y continua de los profesionales de salud, barreras culturales y religiosas, y la falta de recursos económicos y tecnológicos.

Las barreras de implementación identificadas en la mayoría de las recomendaciones de nivel “no implementadas” en República Dominicana se vinculan a tres grandes esferas: 1) la normativa vigente, 2) la disponibilidad de tecnología sanitaria en los centros de atención y 3) disponibilidad de acceso libre, ambulatorio y asequible por de medicamentos para la mujer.

En el caso de la normativa vigente se destaca la penalización del aborto, la no autorización de personal no médico para administración de ciertos medicamentos y la ausencia de normas que exijan el cumplimiento de las recomendaciones de salud pública relacionadas a la prevención de intoxicación por tabaco y alcohol de mujeres embarazadas.

Un área de especial preocupación es la atención al aborto. En muchos países, este tema es delicado y polémico, y la República Dominicana no es una excepción. Las barreras no solo pueden ser de índole legal, infraestructural o técnica, sino también ética, moral y religiosa. Es esencial abordar estos temas con sensibilidad y respeto, promoviendo la educación y el diálogo para desmitificar y entender mejor las necesidades y derechos de las mujeres en este ámbito respetando en todo momento la decisión personal.

Como pudimos observar, muchas de las recomendaciones ven limitada su implementación por no disponer de medicamentos suficientes constantes. Este es el caso, por ejemplo, del tratamiento con antirretrovirales.

De la misma manera, se observa que la desprotección por parte de la seguridad social y las limitantes de expendio de medicamentos (especialmente anticonceptivos) limita la implementación de normativas que protegen a la mujer de la hipertensión arterial postparto y de embarazos no deseados.

Por otro lado, las intervenciones de Salud Pública abarcan una amplia gama de acciones que van desde campañas de concienciación hasta la implementación de políticas y programas específicos. El fortalecimiento de estas intervenciones es fundamental para lograr un impacto positivo y duradero en la salud y bienestar de la población. Las intervenciones de salud pública bien ejecutadas pueden tener un efecto multiplicador, beneficiando a amplios sectores de la sociedad y mejorando la salud y calidad de vida de generaciones futuras. Generalmente, no se requiere una inversión cuantiosa para implementar este tipo de recomendaciones, más bien se requiere voluntad política, participación comunitaria y la adopción de estrategias de forma permanente y no esporádica.

Es evidente que en República Dominicana ha habido avances significativos en materia de salud materna, sin embargo, aún quedan asuntos pendientes que requieren de compromiso de la autoridad sanitaria en la determinación de nuevas normas y en el aseguramiento tanto del cumplimiento de normas existentes como de abastecimiento de tecnología sanitaria en centros de salud y en la cobertura de los servicios por parte de la seguridad social.

La implementación de las recomendaciones de las guías de prácticas clínicas basadas en el sistema GRADE en el ámbito de la atención materna en la República Dominicana es esencial para elevar el estándar de cuidados y optimizar los resultados de salud tanto de las madres como de los recién nacidos. A través de nuestro análisis exhaustivo, identificamos reiteradamente la necesidad de fortalecer ciertos determinantes clave para garantizar la efectiva implementación de estas recomendaciones. La detección temprana y oportuna de afecciones como el VIH, hepatitis B y sífilis en mujeres embarazadas, la capacitación adecuada del personal de salud y la disponibilidad ininterrumpida de medicamentos y suministros esenciales, como la terapia antirretroviral y la penicilina, son determinantes recurrentes que subrayan su relevancia. Además, es fundamental considerar las recomendaciones específicas sobre la lactancia materna en diversos contextos clínicos, desde madres seropositivas al VIH hasta aquellas con SARS-CoV-2, para asegurar una orientación clara y basada en la mejor evidencia disponible. En la discusión de estas implementaciones, es vital considerar la realidad socioeconómica y estructural del país, las barreras existentes y los potenciales caminos hacia un sistema de salud que adopte plenamente estas recomendaciones en beneficio de las madres y los niños de la República Dominicana.

En nuestra revisión de las guías de práctica clínica en la República Dominicana, identificamos la importancia crítica de la detección temprana de enfermedades como el VIH, hepatitis B y sífilis durante el embarazo, lo que resalta la necesidad de una formación adecuada para el personal de salud. Estas guías también hacen hincapié en la importancia de la lactancia materna, especialmente en madres seropositivas al VIH o con SARS-CoV-2. Sin embargo, la implementación efectiva de estas guías se ve obstaculizada por desafíos significativos en el acceso a medicamentos esenciales y suministros, lo que sugiere una necesidad urgente de mejorar la infraestructura de atención médica y la distribución de

recursos en el país.

El estudio sobre la aceptabilidad y adopción de Guías de Práctica Clínica (GPC) en preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana aporta una perspectiva profunda y necesaria sobre la situación actual de la adhesión y percepción de las GPC en diferentes maternidades del país.

Los centros involucrados abarcan desde maternidades de renombre como la Maternidad Nuestra Señora de Alta Gracia hasta la Maternidad Jaime Sánchez. Esta diversidad de centros nos permite tener una visión más completa de la situación en diferentes contextos y condiciones.

La metodología, centrada en grupos focales y el análisis de las perspectivas de prestadores de servicios, proporciona una visión cualitativa y rica del terreno. Las características de los participantes son amplias y representan a todos los principales actores involucrados en el proceso de atención en maternidades.

Es relevante que, a pesar de las barreras percibidas, se observe un buen conocimiento de los protocolos y una mejor aceptación e implementación en hospitales docentes. Esto refuerza la idea de que la capacitación y la formación continua son esenciales para la adopción adecuada de GPC.

Las barreras identificadas, en particular la resistencia al cambio por parte de profesionales con más experiencia y las limitaciones por razones religiosas en algún hospital, indican áreas donde es esencial enfocarse para lograr una adopción completa. Además, la falta de medicamentos, insumos y la percepción de una falta de evidencia nacional, resaltan la necesidad de fortalecer tanto la infraestructura como la investigación nacional en el área.

Las percepciones adicionales, como las limitaciones financieras y tecnológicas y la necesidad de modificar la estructura de servicios, apuntan a retos sistémicos que deben abordarse para garantizar el éxito de las GPC. La valoración positiva del liderazgo del Ministerio de Salud Pública es alentadora y refuerza la idea de que la colaboración con entidades gubernamentales es esencial.

Finalmente, la mención sobre la colaboración técnica de la OPS/OSM refleja la importancia de la cooperación internacional en el fortalecimiento de los sistemas de salud. Es crucial, como se sugiere, incrementar la participación de representantes provinciales, asegurando que todas las regiones del país estén adecuadamente representadas y participen proactivamente.

5.3 Limitaciones y fortalezas

El estudio sobre la aplicación de la metodología GRADE en la República Dominicana para la formulación de Guías de Práctica Clínica (GPC) destaca tanto fortalezas como

limitaciones significativas en el contexto de la investigación actual. Una de las principales fortalezas identificadas es el reconocimiento de la metodología GRADE como un instrumento adecuado para la elaboración de GPC por parte de los integrantes del sistema de salud dominicano. Esto es crucial para la implementación de un programa nacional de guías clínicas, lo que marca un avance significativo hacia la mejora de la calidad de la atención sanitaria basada en evidencia. Además, el estudio resalta la importancia de la incorporación de herramientas metodológicas innovadoras y la necesidad de investigaciones contextualizadas y basadas en evidencias sólidas para respaldar políticas y programas de salud efectivos.

Sin embargo, se enfrentan desafíos importantes, como la percepción de complejidad de la metodología GRADE y la brecha existente entre la investigación y la política pública. La necesidad de fortalecer la traducción, síntesis e intercambio de conocimientos entre todos los actores del sistema de salud es urgente para reducir esta brecha. Además, se sugiere una mayor colaboración y participación de actores provinciales, sectores profesionales independientes, académicos e investigadores para superar las barreras identificadas, como la antigüedad en el servicio y la no vinculación con hospitales docentes.

A pesar de los esfuerzos de la República Dominicana y otros países en vías de desarrollo para adoptar la metodología GRADE, persisten desafíos significativos para su implementación efectiva a nivel nacional. La herramienta AGREE-REX ha identificado áreas de mejora, especialmente en la consideración de los valores y preferencias de los pacientes, lo que sugiere la necesidad de integrar herramientas que permitan una mayor alineación de valores en las GPC. La participación activa y la colaboración técnica de organizaciones internacionales y locales son cruciales para superar estos desafíos y mejorar la calidad y cobertura de las guías.

Finalmente, el estudio subraya la importancia de investigar más a fondo y adaptar las guías para asegurar su máxima calidad y aplicabilidad en diferentes contextos. La expansión de la base de datos BIGG y la difusión de la herramienta AGREE-REX son pasos fundamentales hacia este objetivo. La cooperación técnica y el intercambio de conocimientos entre países y organizaciones pueden facilitar la superación de los desafíos identificados y promover la implementación efectiva de GPC basadas en la metodología GRADE en la República Dominicana y más allá.

5.4 Implicaciones a futuro

Las implicaciones futuras para abordar los desafíos presentados en el estudio sobre la aplicación de la metodología GRADE en la República Dominicana se centran en varios aspectos clave para mejorar la detección temprana y el manejo de enfermedades como el VIH, hepatitis B y sífilis en el embarazo. Se enfatiza la necesidad de ampliar y mejorar la capacitación del personal de salud para mejorar la identificación y el tratamiento de estas enfermedades, reduciendo así la transmisión y mejorando los resultados para madres y recién nacidos. Además, se anticipa un aumento en el desarrollo y adopción de nuevas tecnologías y herramientas de diagnóstico que permitan una detección más rápida

y precisa.

Un esfuerzo coordinado para mejorar el acceso a medicamentos esenciales y suministros se considera crucial, posiblemente a través de colaboraciones público- privadas o políticas que incentiven la producción y distribución local. La promoción de la lactancia materna, especialmente entre madres afectadas por el VIH o el SARS-CoV-2, se identifica como otra área de interés, junto con la necesidad de continuar la investigación para evaluar la eficacia de las guías de práctica clínica y realizar ajustes basados en datos empíricos.

Se destaca la importancia del fortalecimiento de la formación continua para los profesionales de la salud, la necesidad de establecer canales efectivos de comunicación para desmitificar temas delicados como el aborto, y la ampliación de la investigación nacional en el área de salud materno-fetal. También se menciona la optimización de la infraestructura de salud para asegurar la disponibilidad de medicamentos y suministros esenciales, la promoción de políticas de salud inclusivas que eliminen barreras financieras, tecnológicas y estructurales, y el incremento de la colaboración interinstitucional, incluida la participación activa de organizaciones internacionales como la OPS, para fortalecer las capacidades del sistema de salud dominicano. Estas medidas buscan asegurar una implementación efectiva de las guías de práctica clínica en todo el país, mejorando así la calidad de la atención sanitaria.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

El estudio llevado a cabo en la República Dominicana respecto a la percepción y desafíos de la metodología GRADE es un indicativo claro de los desafíos y oportunidades que presenta la implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el contexto sanitario del país. Hay un reconocimiento palpable de la relevancia de GRADE en la formulación de GPC, pero, como es el caso en muchos sistemas de salud, la implementación efectiva enfrenta barreras que son tanto institucionales como culturales.

El impulso hacia una atención sanitaria basada en la evidencia es un pilar fundamental para mejorar la calidad y efectividad de la atención. Sin embargo, la traducción de estas directrices en intervenciones prácticas a nivel local es donde surgen los mayores desafíos. La capacidad de adaptar las directrices a contextos específicos, considerando las realidades socioeconómicas y culturales, es fundamental para garantizar no solo su aceptación sino también su efectividad.

En relación con la atención materno-fetal basada en las directrices GRADE, es esencial resaltar la necesidad de una mayor inclusión y consideración de los valores y preferencias locales. La producción y adopción de GPC de calidad es un desafío global, y es claro que hay una necesidad de una cooperación más amplia y de compartir mejores prácticas entre países y organizaciones.

La República Dominicana, como otros países en vías de desarrollo, enfrenta desafíos singulares, pero también ofrece lecciones valiosas. El esfuerzo por mejorar y adaptar las GPC a la realidad local es un testimonio de la resiliencia y el compromiso de los profesionales de la salud en el país. La colaboración interinstitucional, la formación continua, la inversión en infraestructura y recursos, y un enfoque en la investigación nacional son componentes esenciales para asegurar un futuro más saludable y equitativo para todas las madres y niños dominicanos.

7. REFERENCIAS

7. Referencias

- 1.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Systematic Reviews of Comparative Effectiveness Research. Finding What Works in Health Care: Standards for Systematic Reviews. 2011 [cited 2023 Sep 8]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209518/>
3. Zamora G, Meneses D, De-Regil LM, Neufeld L, Peña-Rosas JP, Sinisterra OT. [Considerations on the development of nutrition-related guidelines by the World Health Organization and their implementation]. Arch Latinoam Nutr. 2015 Mar;65(1):1-11.
4. Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 8]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49145>
5. Organización Mundial de la Salud. Manual para la elaboración de directrices [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2015 [cited 2023 Sep 8]. 180 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>
6. Ministerio de Salud de Republica Dominicana. Dirección de Epidemiología [Internet]. 2017 [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://digepi.gob.do/>
7. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 8]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10017>
8. Grupo de Trabajo Regional para la reducción de la mortalidad materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de Mortalidad Materna. 2017;
9. UNFPA América Latina y el Caribe [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 24]. Salud Materna. Available from: <https://lac.unfpa.org/es/temas/salud-materna>
10. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [cited 2023 Sep 24]. OPS/OMS | Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
11. Perfil de país - República Dominicana | Salud en las Américas [Internet]. [cited 2023 Sep 24]. Available from: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-republica-dominicana>
12. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. J Clin Epidemiol.

- 2011 Apr;64(4):380–2.
13. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations | The BMJ [Internet]. [cited 2023 Sep 24]. Available from: <https://www.bmj.com/content/336/7650/924>
 14. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Research Policy and Systems* [Internet]. 2018 May 29 [cited 2023 Sep 24];16(1):45. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0320-2>
 15. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2023 Sep 24];81:101–10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435616304826>
 16. Langlois EV, Mancuso A, Elias V, Reveiz L. Embedding implementation research to enhance health policy and systems: a multi-country analysis from ten settings in Latin America and the Caribbean. *Health Research Policy and Systems* [Internet]. 2019 Oct 15 [cited 2023 Sep 8];17(1):85. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0484-4>
 17. Herrera P, Fajreldin V, Rodríguez MF, Kraemer P, Mendoza C, Pineda I, et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. 2017 [cited 2023 Sep 8]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34036>
 18. Gagliardi AR, Brouwers MC. Integrating guideline development and implementation: analysis of guideline development manual instructions for generating implementation advice. *Implementation Science* [Internet]. 2012 Jul 23 [cited 2023 Sep 8];7(1):67. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-67>
 19. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, Consortium ANS. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* [Internet]. 2016 Mar 8 [cited 2023 Sep 24];352:i1152. Available from: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i1152>
 20. Brouwers MC, Spithoff K, Kerkvliet K, Alonso-Coello P, Burgers J, Cluzeau F, et al. Development and Validation of a Tool to Assess the Quality of Clinical Practice Guideline Recommendations. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 May 27 [cited 2023 Sep 24];3(5):e205535. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7254179/>
 21. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030 [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-salud-mujer-nino-nina-adolescentes-2018-2030>
 22. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cirugía Española* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 8];92(2):82–8. Available from: <https://medes.com/publication/87460>
 23. Brouwers MC, Spithoff K, Kerkvliet K, Alonso-Coello P, Burgers J, Cluzeau F, et al. Development and Validation of a Tool to Assess the Quality of Clinical Practice Guideline Recommendations. *JAMA Network Open* [Internet]. 2020 May 27 [cited 2023 Sep 8];3(5):e205535. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.5535>

24. Torres M, Ragusa M, Abdala V, Brocard E, Schunemann H, Garcia-Saiso S, et al. BIGG, the international database of GRADE Guidelines. *Lancet Reg Health Am.* 2022 Feb;6:None.
25. Ragusa M, Tortosa F, Rada G, Vergara C, Zaragoza L, Farrell J, et al. The BIGG-REC database makes available all WHO/PAHO evidence informed recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2023 Jul;159:257–65.
26. Florez ID, Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, Alonso-Coello P, Burgers J, et al. Assessment of the quality of recommendations from 161 clinical practice guidelines using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation-Recommendations Excellence (AGREE-REX) instrument shows there is room for improvement. *Implement Sci.* 2020 Sep 18;15(1):79.
27. Ragusa M, Tortosa F, Rada G, Vergara C, Zaragoza L, Farrell J, et al. The BIGG-REC database makes available all WHO/PAHO evidence informed recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2023 Jul;159:257–65.
28. WHO recommendations: drug treatment for severe hypertension in pregnancy [Internet]. [cited 2023 Sep 17]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550437>
29. WHO recommendations on drug treatment for non-severe hypertension in pregnancy [Internet]. [cited 2023 Sep 17]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240008793>
30. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy - PMC [Internet]. [cited 2023 Sep 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7073408/>
31. World Health Organization. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2023 Sep 8]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK140561/>
32. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta- analysis - PubMed [Internet]. [cited 2023 Sep 10]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30569545/>
33. World Health Organization. WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2023 Sep 8]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK131942/>
34. World Health Organization. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto: resumen de orientación [Internet]. 2016 [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205685>
35. World Health Organization. Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2023 Sep 8]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327115/>
36. World Health Organization. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, Tercera edición [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Sep 8]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583462/>
37. Directrices sobre la atención para el aborto | Ginebra; Organización Mundial de la

- Salud; 2022. | WHOLIS [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-362897>
38. World Health Organization. Guideline: Fortification of Wheat Flour with Vitamins and Minerals as a Public Health Strategy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 Sep 8]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581357/>
 39. World Health Organization. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. [Internet]. World Health Organization; 2022 [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582359/>
 40. Peters DH, Tran NT, Adam T. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. Alianza para la Investigación en Políticas y sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud; 2013. 67 p.
 41. Organization PAH. Evidence-based Clinical Practice Guidelines for the Follow-Up of At-Risk Neonates. Abridged version. In: Evidence-based Clinical Practice Guidelines for the Follow-Up of At-Risk Neonates Abridged version [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53245>

Investigación original

Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana

Andelys De la Rosa¹, José Mordan², Indiana Barinas¹, Mayra Toribio², Diana Mancebo¹,
Alexandra Rodríguez³ y Mar Pacheco-Herrero⁴

Forma de citar De La Rosa A, Mordan J, Barinas I, Toribio M, Mancebo D, Rodríguez A, et al. Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e163. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.163>

RESUMEN

Objetivo. Estimar la aceptabilidad y adopción de las guías de práctica clínica (GPC) y protocolos de atención a la mujer con preeclampsia-eclampsia por parte del personal prestador de los servicios de salud, e identificar los factores facilitadores y las barreras para su implementación.


Métodos. Se desarrolló un estudio cualitativo por medio de entrevistas semiestructuradas y grupos focales en cinco maternidades. Se recopilaron las entrevistas para su análisis y se caracterizaron las barreras y facilitadores.

Resultados. Participaron 70 profesionales de la salud (52 de sexo femenino y 18 de sexo masculino) que se desempeñan en distintos niveles del sistema de salud. La mayoría de los prestadores y gerentes conocen la existencia de las GPC de eclampsia-preeclampsia y su contenido, sobre todo los participantes con más tiempo en el servicio. Para los facilitadores, se estableció una valoración positiva entre el personal médico y de enfermería ante el proceso de continuar con la elaboración e implementación de GPC de alta calidad. Hubo consenso en cuanto a la existencia de limitaciones, sobre todo, por la falta de medicamentos, insumos y equipos requeridos, para cumplir y aplicar las recomendaciones formuladas.

Discusión. Los resultados del estudio exponen la necesidad de fortalecer estrategias que ayuden a cerrar la brecha entre la investigación y la política pública. Estudios fundamentan la investigación en priorizar la atención a los usuarios, y los encargados de formular políticas y los tomadores de decisiones en el sistema de salud. Los actores del sistema de salud dominicano reconocen la metodología GRADE como un instrumento apropiado para la formulación e implementación de GPC. Las barreras de implementación requieren de abordajes sistémicos e integrales.

Palabras clave Guía de práctica clínica; protocolos; aceptabilidad de la atención de salud; políticas de salud; República Dominicana.

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana.

²  Andelys De la Rosa, andelysdelarosa@gmail.com,

³ Consultores independientes.

³ Organización Panamericana de la Salud, República Dominicana.

⁴ Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

Los esfuerzos por dotar a los sistemas de salud de recursos para mejorar la prestación de los servicios clínicos han propiciado el desarrollo de directrices llamadas guías de práctica clínica (GPC), protocolos o normas clínicas informadas por evidencias, que aportan pruebas sólidas sobre la eficacia, la seguridad y los costos de las intervenciones sanitarias (1).

La calidad de los instrumentos metodológicos utilizados para la formulación de las GPC y directrices en el campo de la salud se sustenta en la sistematización de la información científica y la adopción de parámetros explícitos con el objetivo de aportar pruebas sólidas que apoyan las recomendaciones. En este orden, la metodología GRADE incorpora la revisión sistemática de la literatura, propone la formulación de tablas y perfiles de evidencias y se convierte así en un medio adoptado y promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), academias y otras organizaciones de investigación y publicación de prestigio global (2, 3).

La promoción de las guías informadas por evidencias mediante la metodología GRADE ha impulsado a los sistemas de salud de América Latina y el Caribe a invertir recursos técnicos y financieros en programas de formulación de GPC, directrices y protocolos con el decidido apoyo de la OPS en alianza con centros de investigación y equipos de expertos locales organizados en estructuras de especialidades clínicas (2). La República Dominicana también se ha integrado al proceso de mejora de la calidad de sus directrices para la atención clínica mediante el estímulo de procesos de formación de equipos humanos para formulación o adaptación de GPC con resultados relevantes en el campo de la atención materno-infantil, de forma particular, en la prevención y atención de la morbilidad materna por preeclampsia y atención del recién nacido prematuro. En el campo de la atención a la morbilidad por preeclampsia-eclampsia, patología de mayor dimensión en términos de complicación y mortalidad materna en el país, se han desarrollado esfuerzos por introducir y sostener estrategias para su control. Estas incluyen la expansión de los controles prenatales, la formación gradual de más especialistas en el campo de la obstetricia, la instalación de unidades de cuidados intensivos maternos y mejoras a través de los cuidados obstétricos de emergencias, hechos que se traducen en resultados parciales e insuficientes cuya mejora continua constituye un desafío para el sistema de salud.

El dato que confirma la idea anterior es la razón de mortalidad materna informada de 104 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

La preeclampsia-eclampsia es la causa más frecuente de mortalidad materna en el país. Este contexto justifica el fortalecimiento de las acciones que apoyen la implementación de las GPC, sobre todo, las guías basadas en las mejores pruebas, las de mayor aceptación y adoptadas por los servicios de salud y las organizaciones del sistema (4). En el 2019 se informaron 171 muertes maternas, sin informe de la razón de mortalidad materna (MM).

La investigación sobre la implementación de las GPC y los protocolos se plantea en el marco de transición de la Unidad Coordinadora de Guías y Protocolos hacia la categoría de Programa Nacional, proceso que facilitaría un mayor alcance territorial y el desarrollo de las competencias locales para apoyar la agenda de la calidad de atención. Para el logro de esta meta se identifica la necesidad de recopilar la información científica necesaria para analizar los obstáculos para su implementación.

El sistema de salud dominicano ha experimentado cambios estructurales: la separación de funciones, la expansión del sistema dominicano de seguridad social y el establecimiento de políticas enfocadas en prioridades, entre las que se destaca la necesidad de proteger a la población de mayor vulnerabilidad, brindar atención especial a los problemas de salud sexual y reproductiva y prevenir la mortalidad materna e infantil (5, 6).

La investigación sobre la implementación de las recomendaciones formuladas por los programas de salud es un componente crucial de los países mejorar la salud y los sistemas de salud, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos. La OPS propone este enfoque de colaboración, propiciado a través de la iniciativa Embedded Implementation Research como un modelo innovador que involucra de forma directa a los responsables de políticas sanitarias en calidad de investigadores y los líderes de equipos locales. El objetivo es que, al momento de tomar decisiones en el campo sanitario, cuenten con información primaria que permita identificar y analizar los factores relacionados con el contexto y los determinantes de la implementación de las intervenciones, políticas o programas de salud (7).

En el caso de las áreas asistenciales más sensibles, como las relacionadas con la maternidad y el desarrollo infantil, resulta crucial analizar los factores que determinan la aceptabilidad y adopción de las GPC y los protocolos de atención, de forma particular, el contexto y organización de los servicios de atención materna e infantil, los conocimientos de los prestadores clínicos, la percepción de la calidad de las normas, la relevancia y la pertinencia de las directrices clínicas, los factores tecnológicos, los recursos financieros y las prácticas habituales, entre otros componentes moduladores de su implementación.

El objetivo principal de este estudio es estimar el grado de aceptabilidad y adopción de las GPC y protocolos de atención a la mujer con preeclampsia-eclampsia por parte de los prestadores de los servicios de salud e identificar los factores facilitadores y las barreras percibidas por los actores vinculados al proceso de elaboración de estas guías y protocolos.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se plantea en el marco de la iniciativa de la OPS y de la Alianza para la Investigación sobre Políticas y Sistemas de la Organización Mundial de la Salud para promover la implementación de intervenciones sanitarias con el fin de avanzar en la agenda que promueve la Cobertura Universal en Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (8). El diseño del estudio fue de tipo cualitativo, en el que se recogió información basada en la observación. Asimismo, se trabajó de una forma estratégica en la que, en términos prácticos, el proceso de implementación de políticas tiene como objetivo transferir las recomendaciones contenidas en las GPC al quehacer diario de la práctica clínica.

Las técnicas utilizadas fueron entrevistas semiestructuradas y grupos focales contenidos en cinco maternidades de referencia nacional, donde se presentan la mayor cantidad de casos de mortalidad materna, tres de ellas en hospitales docentes donde hay mayor influencia para el conocimiento y aplicación de las GPC. Las instituciones seleccionadas fueron: la Maternidad de Los Mina, con 10 921 nacimientos al año y ubicada en Santo Domingo (capital del país); la Maternidad René Klan, con 7380

nacimientos y ubicada en Santiago (segunda provincia con mayor cantidad de habitantes de la República Dominicana); la Maternidad Juan Pablo Pina de San Cristóbal, en la región sudoeste del país y con 4584 nacimientos; la Maternidad Jaime Sánchez, en la provincia de Barahona (zona fronteriza con Haití) y con 3986 nacimientos anuales; y el Hospital Antonio Musa de San Francisco de Macorís, ubicado en la región nordeste del país. Se recogió la perspectiva de los 70 prestadores durante el 2018.

La población participante estuvo integrada por 23 enfermeras, 12 médicos residentes de ginecología y obstetricia, 12 médicos especialistas en ginecobstetricia, 10 gerentes de salud y dos líderes formuladores, con un total de 52 participantes de sexo femenino y 18 de sexo masculino.

Se abarcaron distintos niveles del sistema de salud, donde se incluyeron autoridades, tomadores de decisiones, elaboradores de políticas públicas y funcionarios de organismos administradores de salud de distinta complejidad, personal gerencial de los servicios maternos como los clínicos y personal responsable de la implementación de las recomendaciones en los niveles más directos. Estos últimos fueron seleccionados debido a la importancia de la representatividad que se necesitaba en el estudio de quienes están a cargo de implementar políticas de salud.

Se abordó un análisis cualitativo relacionado con la perspectiva y la opinión de actores clave, organizado en la dimensión de aceptabilidad, adopción, barreras, facilitadores y determinantes del sistema de salud. Estas dimensiones se centraron en varias categorías de análisis que incluyeron: el grado de difusión de los documentos, la calidad del proceso de formulación de las GPC y los protocolos, el nivel profesional, el año de formación profesional, el liderazgo, la percepción de la calidad de los documentos, los factores del sistema de salud que influyen sobre la adopción y las barreras presentadas.

El detalle del contenido de las entrevistas, los grupos de discusión, las dimensiones abordadas y la aplicación en terreno de los instrumentos fueron realizados por tres investigadores independientes, quienes tuvieron una inducción sobre el tema de estudio y fueron calibrados en los instrumentos.

El análisis de las transcripciones de entrevistas y grupos focales se realizó de manera manual y mediante el *software* Atlas ti®, desde un marco de análisis de contenido con la categorización y la codificación de la información según las dimensiones propuestas originalmente en el diseño de los instrumentos y con la inclusión de categorías emergentes cuando fuera pertinente.

Este estudio recibió aprobación por parte del Consejo Nacional de Bioética en salud de la República Dominicana (Conabios) y del Comité de Revisión Ética de la OPS (PAHOERC). Se diseñó un proceso de consentimiento informado estándar, por el cual cada sujeto de estudio fue informado, consultado y aceptó participar. El consentimiento fue digitalizado y resguardado.

Este estudio contó con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de México y de la OPS para el desarrollo de la investigación.

RESULTADOS

Se recopiló información de cinco centros del ámbito materno-infantil (la Maternidad Nuestra Señora de Alta gracia, la Maternidad De Los Mina, la Maternidad René Klan, la Maternidad Juan Pablo Pina de San Cristóbal y la Maternidad Jaime Sánchez). Los participantes se distribuyeron en cuatro grupos

focales. En el mismo período se recogió la perspectiva de los 70 prestadores.

Características de los actores de grupos focales y entrevistados

La población participante estuvo integrada por 23 enfermeras, 12 médicos residentes de ginecología y obstetricia, 12 médicos especialistas en ginecobstetricia, 10 gerentes de salud y dos líderes formuladores, con un total de 52 participantes de sexo femenino y 18 de sexo masculino.

Conocimiento, aceptabilidad y adopción

Dentro del acápate de conocimiento sobre la existencia de los protocolos y GPC para la atención a la mujer con preeclampsia-eclampsia, los participantes mostraron dominio de sus contenidos, que fue más evidente entre los actores con más tiempo en el servicio. El personal médico de los centros docentes mostró mayor aceptabilidad de las GPC. Asimismo, las GPC sobre preeclampsia-eclampsia son más conocidas por los profesionales adscritos a hospitales de enseñanza (tres de los hospitales evaluados). La adopción de estas guías se ve favorecida en estos hospitales.

Los especialistas y residentes en ginecobstetricia destacaron contenidos considerados clave en dichos documentos técnicos, e hicieron referencia a mayor consulta de las GPC y protocolos que los prestadores de hospitales que no tienen actividad docente.

Facilitadores del proceso de formulación de GPC y protocolos

En los actores primó la valoración positiva para el desarrollo y actualización de las GPC con la metodología GRADE. Esta percepción se registró con mayor frecuencia en los hospitales con programas de residencias médicas. Se identifica una apertura de los participantes al tema de medicina basada en la evidencia y su valoración positiva como herramienta base de la formulación de GPC y protocolos.

La posición de estar de acuerdo con la aplicación de las GPC y los protocolos de atención a la mujer con preeclampsia-eclampsia primó entre el personal de enfermería y el personal médico de los cinco hospitales. En ocasiones, esta posición obedecía a motivos de índole legal. Parte de los actores perciben las GPC y protocolos como piezas regulatorias provenientes de la autoridad sanitaria que deben ser aplicadas de forma obligatoria. Al tratarse de reglas coercitivas, se ve motorizada su adopción.

Barreras percibidas ante el proceso de formulación

Al profundizar en la temática, surgieron comentarios que destacan la coexistencia de profesionales más jóvenes y médicos especialistas, con más tiempo en ejercicio y que, a la vez, son líderes de opinión y docentes, que muestran resistencia a asumir este tipo de atención sanitaria y al uso de las recomendaciones basadas en evidencias. Un médico obstetra, participante en un grupo focal, refirió que: "Hay resistencia muchas veces del personal con mayor tiempo de servicio que toma como parámetro que: lo que yo hacía es válido, lo sigo haciendo".

Hubo consenso en las opiniones recabadas en los grupos focales, tanto de las enfermeras como del personal médico, en cuanto a que existen limitaciones para cumplir con las normas y aplicar las recomendaciones basadas en evidencias que plantea las GPC y los protocolos para la atención de la mujer con preeclampsia-eclampsia, sobre todo por la falta de medicamentos, insumos y equipos requeridos. Se hizo hincapié en que, como consecuencia de estas limitaciones, se recurre a prácticas que se institucionalizan en los hospitales.

Un elemento para resaltar que estuvo presente en los hospitales y en las entrevistas a los actores claves del sistema de salud fue la necesidad de generar evidencias nacionales en el abordaje de la preeclampsia-eclampsia, que pueda, a futuro, servir de base a las recomendaciones de las GPC y protocolos nacionales, dado que en la actualidad están basados solo en evidencias internacionales.

En cuanto a desacuerdos para la adopción de GPC y protocolos por razones ideológicas-religiosas, solo en uno de los hospitales se identificó una posición en desacuerdo con base en razones de tipo religiosas, relacionadas con la indicación de aborto terapéutico en pacientes con preeclampsia grave en estadios tempranos de la gestación.

Es importante indicar que, en función de la opinión de los gestores entrevistados, la implementación de GPC y protocolos constituye un desafío impostergable para el sistema de salud dominicano y que es un aspecto para tener en cuenta en todos los documentos normativos.

Los gerentes tienen la percepción de que el sistema de salud dispone de las capacidades administrativas para la implementación de las GPC. Perciben también, que es necesario avanzar en el fortalecimiento institucional del proceso de implementación de GPC, como avanzar hacia un programa nacional de guías y protocolos que pueda asumir los desafíos identificados en la presente investigación. La percepción de los líderes formuladores se relacionó con las fortalezas derivadas de las capacitaciones en metodología GRADE y la integración de asesores expertos clínicos y metodólogos al proceso de producción e implementación de las GPC.

Con respecto a la difusión, los participantes han mostrado discrepancia. Mientras que algunos muestran preferencia por el formato digital, sobre todo las aplicaciones para dispositivos móviles, otro grupo manifiesta nunca haber accedido de esta manera y utilizar el formato físico. Ambos grupos coinciden en la utilidad del formato resumido.

De la misma forma, un grupo considera que la divulgación ha sido suficiente mientras que otro grupo dice que debe reforzarse. Este último grupo sugiere la utilización de medios de comunicación masivos (redes sociales y televisión en hospitales), así como la incorporación de las GPC y los protocolos en los procesos académicos de grado y posgrado en las universidades. Esto incluye las carreras de salud afines (medicina, enfermería, licenciatura en obstetricia) y los programas de residencias médicas (ginecología y obstetricia, emergentología y medicina familiar y comunitaria).

Lo mismo aplica para la consideración sobre la necesidad y beneficio de socializar las guías entre las pacientes. Un grupo manifiesta que no debe hacerse mientras que otros abogan por su implementación. Este último grupo sugiere un modelo adaptado que sea más simple y comprensible para las pacientes y usuarias.

En relación con la implementación, los participantes indican que es necesario fortalecer los mecanismos institucionales que

motiven y obliguen a quienes están involucrados en el proceso de atención a la implementación de las GPC y los protocolos. Dentro de las sugerencias indicadas se hallan fortalecer el liderazgo de los directores de hospitales y jefes de servicio; implementar equipos intrahospitalarios de seguimiento a la implementación de las GPC y los protocolos, con su plan adecuado de mejora continua; determinar un régimen de consecuencias ante el no cumplimiento de las GPC y los protocolos; y el diseño de medidas preventivas para la no observación o incumplimiento de las recomendaciones contenidas en las GPC.

DISCUSIÓN

Los integrantes del sistema de salud dominicano reconocen la metodología GRADE como un instrumento apropiado para la formulación de las GPC. Las barreras que se destacan son la antigüedad en el servicio y no estar adscritos a hospitales docentes. Los resultados de la presente investigación ofrecen recursos para impulsar la política de expansión de la estructura de formulación de GPC a nivel nacional, en el marco de un programa nacional que apoye las competencias de los recursos humanos y los recursos metodológicos para la producción de documentos informados con base en la mejor evidencia disponible. En la República Dominicana se han experimentado cambios de orden cualitativos con la incorporación de recursos metodológicos para la formulación de guías GRADE que nos sitúan en la ruta que posibilita la implementación de un programa nacional de guías clínicas.

Entre los desafíos futuros de los sistemas de salud, se destaca la necesidad de contar con instrumentos de referencia informados por investigaciones contextualizadas y reproducibles, fundamentados en las evidencias que, a su vez, apoyan políticas, programas e intervenciones para impulsar su implementación.

Diversas corrientes del mundo sanitario promueven el desarrollo de modelos innovadores de investigación para evaluar la implementación de políticas y programas con la participación de los responsables de la gestión pública y los tomadores de decisiones que impactan en los sistemas de salud (7).

Los resultados de nuestro estudio exponen la necesidad de fortalecer estrategias que ayuden a cerrar la brecha entre la investigación y la política pública, centrándose en gran medida en la traducción, síntesis e intercambio de conocimientos. Nuevas vertientes fundamentan la investigación en priorizar la atención a los usuarios, incluidos los pacientes, los proveedores, los encargados de formular políticas y los tomadores de decisiones en el sistema de salud (9). Existe un consenso cada vez mayor sobre la importancia de involucrar a las partes interesadas, sobre la premisa de que el diseño conjunto y la coproducción de la investigación tienen el potencial de mejorar la alineación de los procesos de ciencia y política y así reducir el desperdicio de la investigación. La investigación que evalúa la implementación de programas se utiliza cada vez más para identificar problemas comunes en el proceso de implementación y barreras clave que influyen en el acceso eficiente a las intervenciones de salud. Esto último se respalda en los resultados obtenidos en esta investigación, en la que los usuarios y los formuladores de políticas identificaron las principales brechas que obstaculizan la implementación completa de las GPC y de los protocolos de atención relacionados con preeclampsia-eclampsia en el país.

Los resultados de nuestro estudio aplican para la realidad dominicana; las investigaciones desarrolladas a propósito de

intervenciones de implementación de GPC concluyen en que no existe una única estrategia clara y que el efecto resultante es pequeño (10, 11). Estos hallazgos motivan la búsqueda de estrategias nuevas que, enfocadas en producir cambios institucionales en términos de estructura de servicios e instrumentación de las guías, puedan causar impacto sin perder de vista los factores individuales que caracterizan la percepción, los conocimientos y las prácticas de los prestadores de la atención. En términos de experiencia en América Latina, el modelo de programa de GPC de Chile parte de la investigación en implementación que identificó las necesidades relacionadas con documentos que definen los recursos metodológicos, las funciones de los actores, el papel de las academias de educación superior, la coordinación con instituciones formuladoras y una estrategia de implementación (9).

La percepción de que la metodología GRADE es una herramienta apropiada y, al mismo tiempo, compleja constituye un desafío para la comprensión de la estructura técnica de las GPC. Se identifica como positiva la participación de líderes formuladores de diferentes sectores en el proceso; en especial el liderazgo del Ministerio de Salud Pública en la elaboración de las GPC y los protocolos, y la autoridad de los miembros de los hospitales, así como también las sociedades especializadas.

Se destaca la colaboración técnica de la OPS como parte importante de los procesos de implementación y seguimiento del desarrollo de las GPC en el país. Sin embargo, se sugiere aumentar la participación de los actores de las provincias, así como también lograr una participación más activa de parte de

sectores de los profesionales independientes, las academias, los investigadores e instancias del sistema de salud. Un aspecto para destacar es la percepción de los participantes en relación con las limitaciones financieras y tecnológicas del sistema para asumir las recomendaciones de las GPC.

Financiación. La Alianza de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de Salud (OMS), junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) otorgaron subsidios para la ejecución de una investigación sobre la implementación de programas de salud varios países de América Latina y el Caribe a través del programa iPIER (Improving Program Implementation through Embedded Research). Este estudio fue declarado ganador de la beca en la República Dominicana.

Contribución de los autores. AdIR contribuyó en el diseño, análisis de datos, interpretación y redacción de los primeros borradores y posteriores del documento; JM apoyó en el diseño, análisis de datos, interpretación y redacción del primer y subsecuente borrador del documento; IB, DFM y MT contribuyeron al proceso de recolección de datos; MPH y AR contribuyeron con la revisión final de este artículo.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine. Finding what works in health care: standards for systematic reviews. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia: una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2018.
3. Organización Mundial de la Salud. Manual para la elaboración de directrices. Ginebra: OMS; 2015.
4. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Epidemiología, SINAVE, República Dominicana; 2017.
5. Gobierno de República Dominicana. Ley General de Salud N.º 42-01, promulgada el 8 de marzo del 2001. Disponible en: http://www.sisalril.gov.do/mobile/pdf/leyes/ley_no_42-01.pdf
6. Gobierno de República Dominicana. Ley N.º 87-01 que crea El Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 9 de mayo del 2001. Disponible en: http://www.sisalril.gov.do/pdf/leyes/ley_no_87-01.pdf
7. Langlois EV, Mancuso A, Elias V, Reveiz L. Embedding implementation research to enhance health policy and systems: a multi-country analysis from ten settings in Latin America and the Caribbean. *Health Res Policy Sy* 2019;17(1):85.
8. Organización Panamericana de la Salud. 53.º Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.
9. Herrera P, Fajreldin V, Rodríguez MF, Kraemer P, Mendoza C, Pineda I, et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e67.10.
10. Gagliardi AR, Brouwers MC. Integrating guideline development and implementation: analysis of guideline development manual instructions for generating implementation advice. *Implementation Science*. 2012;7:67.
11. Zamora G, Meneses D, De-Regil LM, Neufeld L, Pena-Rosas JP, Sinisterra OT. Considerations on the development of nutrition-related guidelines by the World Health Organization and their implementation. *Arch Latinoam Nutr*. 2015;65(1):1-11.

Manuscrito recibido el 29 de junio de 2020. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 6 de octubre de 2020.

Acceptability and adoption of clinical practice guidelines and treatment protocols on preeclampsia/eclampsia in the Dominican Republic

ABSTRACT

Objective. Estimate the acceptability and adoption by health care workers of clinical practice guidelines and treatment protocols for women with preeclampsia/eclampsia and identify the facilitating factors and barriers to their implementation.

Methods. A qualitative study was conducted, using semi-structured interviews and focus groups in five maternity hospitals. Interviews were compiled for analysis, and barriers and facilitators were characterized.

Results. Seventy health professionals (52 female and 18 male) participated, representing different levels of the health system. The majority of workers and managers were aware of the existence and content of clinical practice guidelines (CPGs) for eclampsia/preeclampsia, especially the participants with more time in the health service. With respect to facilitating factors, both medical and nursing staff were positive about continued development and implementation of high-quality CPGs. There was consensus that limitations exist, especially with respect to a lack of the necessary medicines, supplies, and equipment to meet and implement the established recommendations.

Discussion. The results of the study show the need to strengthen strategies that help close the gap between research and public policy. Studies suggest that research should focus on users, policy-makers, and decision-makers in the health system. The actors in the Dominican health system recognize the GRADE methodology as an appropriate instrument for the development and implementation of CPGs. Implementation barriers require systemic and comprehensive approaches.

Keywords

Practice guideline; protocols; patient acceptance of health care; health policy; Dominican Republic.

Aceitabilidade e adoção de diretrizes de prática clínica e protocolos de atenção para pré-eclâmpsia e eclâmpsia na República Dominicana

RESUMO

Objetivo. Estimar a aceitabilidade e a adoção de diretrizes de prática clínica (DPCs) e protocolos de atenção para mulheres com pré-eclâmpsia e eclâmpsia por profissionais da saúde e identificar os fatores facilitadores e barreiras à sua implementação.

Métodos. Desenvolvemos um estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas e grupos focais em cinco maternidades. As entrevistas foram coletadas para análise, sendo caracterizadas as barreiras e fatores facilitadores.

Resultados. O estudo contou com a participação de 70 profissionais da saúde (52 mulheres e 18 homens) que trabalham em diferentes níveis do sistema de saúde. Em sua maioria, os profissionais e administradores estão cientes da existência de DPCs para pré-eclâmpsia e eclâmpsia e conhecem seu conteúdo, especialmente os que têm mais tempo de experiência. Em relação aos fatores facilitadores, os profissionais médicos e de enfermagem consideraram positivo o processo de elaboração e implementação de DPCs de alta qualidade. Houve consenso sobre a existência de limitações, especialmente no que diz respeito à falta de medicamentos, insumos e equipamentos necessários para cumprir e implementar as recomendações.

Discussão. Os resultados do estudo deixam clara a necessidade de reforçar as estratégias que ajudam a estabelecer vínculos entre a pesquisa e as políticas públicas. A pesquisa futura deve priorizar a atenção aos usuários e o apoio aos decisores e responsáveis pela elaboração de políticas no sistema de saúde. Os atores do sistema de saúde dominicano reconhecem a metodologia GRADE como um instrumento apropriado para a formulação e implementação de DPCs. As barreiras à implementação exigem abordagens sistêmicas e abrangentes.

Palavras-chave

Guia de prática clínica; protocolos; aceitação pelo paciente de cuidados de saúde; política de saúde; República Dominicana.

Apéndice II

Page 1 of 11

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Características y evaluación de la calidad de las guías de práctica GRADE sobre la atención Materno-Fetal

Resumen

Introducción: las guías informadas por la evidencia de alta calidad son herramientas fundamentales en la toma de decisiones para mejorar la atención en salud. El objetivo del estudio fue evaluar la implementabilidad de las guías materno-fetal vigentes que puedan ser adoptadas, adaptadas e implementadas por los países.

Metodología: se realizó una búsqueda sistemática (incluida la Base Internacional de Guías GRADE) de guías de práctica (GP) desarrolladas con el sistema GRADE y relacionadas a la atención materno-fetal. Las guías seleccionadas fueron evaluadas con la herramienta AGREE-RX para valorar la aplicabilidad clínica (dominio-1), los valores y preferencias (dominio-2) y la implementabilidad (dominio-3). Las variables fueron presentadas de forma descriptiva y se realizó un análisis estadístico entre los dominios según la institución y país de origen.

Resultados: de un total de 1,212 GP, 72 cumplieron con los criterios de inclusión. Según el tipo de organización elaboradora, la OMS predominó con un 58.3%, versus las Sociedades Médicas Especializadas (15.3%). El dominio 1 'Aplicabilidad clínica' fue el mejor valorado por los revisores (68.49%) comparado con el dominio 2 'Valores y preferencias' (49.60%). Según el tipo de institución que desarrolló la GP, se demostró una diferencia significativa en los dominios 1 ($p=0.000$), 2 ($p=0.006$) y 3 ($p=0.000$). En función del país de origen, sólo los dominios 1 ($p=0.000$) y 3 ($p=0.018$) presentaron significancia estadística.

Conclusión: Este estudio enfatiza la importancia de mejorar la calidad de las GP materno-fetales desarrolladas por organizaciones y las instituciones gubernamentales y la necesidad de fortalecer la institucionalización del uso de la evidencia para elaborar, adaptar e implementar guías de práctica en los países.

Introducción

¹. El cumplimiento de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se ha hecho con la convicción profunda de que la pobreza, la desigualdad, la injusticia y el cambio climático son los desafíos más relevantes para la humanidad ². La salud, incluido en el ODS 3 «Garantizar una vida

1
2 sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», está enlazado con 13 metas que
3 abarcan las principales problemáticas de salud a nivel mundial ³. Uno de los principales retos para
4 avanzar con las metas establecidas, es saber adoptar los ODS como parte estratégica de las políticas
5 públicas y globales y causar un impacto en la reducción de las desigualdades, eje que se transcribe
6 en el desarrollo del objetivo 3 de salud ^{3,4}.

8
9 Las guías informadas por la evidencia son unas de las herramientas en la toma de decisiones para
10 mejorar la salud pública y estandarizar la práctica clínica, garantizando una atención de calidad
11 basada en sólidas pruebas de eficacia y reduciendo los riesgos innecesarios ^{5,6}. La rigurosidad para
12 el desarrollo de estas guías contempla varias metodologías, siendo una de las más recomendadas
13 la propuesta por el Grupo de Trabajo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment,*
14 *Development and Evaluation*). Esta incluye el análisis de la calidad de la evidencia, el balance
15 entre las consecuencias deseables e indeseables, costo efectividad de la intervención, preferencias
16 y valores de los pacientes, aceptabilidad, factibilidad e impacto en costos y equidades de las
17 intervenciones y mejores prácticas recomendadas para reducir inequidades en salud ^{7,8}.

19
20 No obstante, a pesar del creciente número de recursos disponibles, entre las distintas guías de
21 práctica (GP) desarrolladas por los países e instituciones existe una variabilidad marcada en la
22 calidad y las recomendaciones. Por tanto, es crucial evaluar la calidad metodológica de las GP y
23 sus recomendaciones para poder implementarlas en el contexto de cada país ⁹. Hasta donde
24 tenemos conocimiento, no se ha realizado una revisión integral del desarrollo de las
25 recomendaciones de las GP materno-fetal elaboradas con la metodología GRADE y la evaluación
26 de la implementación de las recomendaciones a nivel global. Por tal razón, el objetivo principal
27 de este estudio fue evaluar la implementabilidad de las guías GRADE materno-fetal vigentes que
28 puedan ser adoptadas o adaptadas e implementadas por los países para mejorar la atención en
29 salud.
30
31

32 33 34 **Métodos**

35 **Búsqueda y selección de guías**

36
37 Se realizó una búsqueda sistemática en la Base Internacional de Guías Grade (BIGG)¹⁰, específica
38 para guías de práctica clínica (GPC) y de salud pública. Esta incluye una lista de guías GRADE
39 desarrolladas a nivel mundial ¹¹ y clasificadas de acuerdo con el Objetivo de Desarrollo Sostenible.
40 BIGG se alimenta mensualmente de Medline, EMBASE, LILACs, páginas de grupos de
41 desarrolladores de guías (Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana
42 de la Salud (OPS), NICE entre otras organizaciones) e instituciones gubernamentales incluyendo
43 Latino América y el Caribe¹⁰. Adicionalmente, se realizó búsqueda de literatura gris en páginas de
44 sociedades científicas relacionadas con salud materno-fetal, portales de desarrolladores y de
45 recopiladores de guías publicadas en castellano, francés, inglés y portugués. Las búsquedas se
46 realizaron con un límite hasta enero del año 2021.

47
48 Se incluyeron las guías que abordan condiciones o enfermedades relacionadas con la atención
49 materno-fetal; desarrolladas con el sistema GRADE; y disponibilidad de su versión final con
50 enlace habilitado. Se excluyeron del estudio las guías clasificadas como estándar, manual de
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2 cuidados de rutina o protocolo por sus características metodológicas; basada en consenso de
3 expertos, sin un enfoque metodológico sistemático; o sin establecimiento del año o alcance.
4

5 Tres revisores extrajeron los datos de manera ciega e independiente y un cuarto revisor hizo la
6 revisión par; ninguno de los revisores había participado en la elaboración de las GPC. Se elaboró
7 un formato de extracción de datos con las siguientes variables: país de origen de la GPC, año de
8 publicación, idioma original y tipo de institución que desarrolló la guía.
9

10 **Evaluación de la Recomendación de las GPC mediante AGREE-REX:**

11
12 Las GPC fueron evaluadas con la herramienta AGREE-REX¹² y, sus datos, recopilados en un
13 documento Excel. La herramienta AGREE-REX evalúa la credibilidad clínica y la
14 implementabilidad de las guías de práctica, proporcionando un modelo para el desarrollo y el
15 informe de GPC para determinar su grado de recomendación. El AGREE-REX se compone de 9
16 elementos que representan dominios claves de calidad de las GPC: 1- Aplicabilidad clínica; 2-
17 Valores y preferencias; 3- Implementabilidad^{12,13}. De esta forma, evaluar la calidad de las guías
18 para que los expertos que las utilizan puedan confiar en ellas; asegurar la calidad de la GPC por el
19 grupo elaborador y difusor, siguiendo una metodología estructurada; evaluar estas guías de interés
20 por los sistemas de salud y sus gestores, para implementar y aceptar recomendaciones basadas en
21 guías de calidad.
22

23
24 Se diseñó una ficha de extracción de datos de acuerdo a los dominios de la herramienta AGREE-
25 REX, considerando el rigor de las recomendaciones contenidas en las GPC. Los tres dominios
26 claves fueron evaluados por separado por 3 pares entrenados en la herramienta para asegurar la
27 calidad y homogenización de los resultados. Cada dominio abarcó una dimensión diferenciada de
28 la calidad de la recomendación de la guía: 1) Aplicabilidad clínica (ítems 1-3) comprendiendo los
29 elementos 'Evidencia', 'Aplicabilidad a usuarios meta' y 'Aplicabilidad a pacientes/poblaciones';
30 2) Valores y preferencias (ítems 4-7) abarcando los elementos 'Valores y preferencias a usuarios
31 meta', 'Valores y preferencias a pacientes y poblaciones', 'Valores y preferencias de tomadores
32 de decisiones y elaboradores de políticas' y 'Valores y preferencias de desarrolladores de Guías
33 de Práctica Clínica'; 3) Implementabilidad (ítems 8-9) integrando los elementos 'Propósito' –
34 referente a los objetivos de implementación y los impactos previstos de la guía– y 'Aplicación y
35 adopción local'¹⁴.
36

37 Cada elemento contiene: definición del artículo, criterios de calidad para el artículo, preguntas de
38 evaluación de la calidad (escala de respuesta de 7 puntos, 1 = muy en desacuerdo; 7 = muy de
39 acuerdo) y preguntas de evaluación de idoneidad para el uso (escala de respuesta de 7 puntos,
40 1=muy en desacuerdo; 7=muy de acuerdo)¹⁴.
41

42 **Análisis estadístico y descriptivo y mapeo de la evidencia**

43
44 Mediante el programa SPSS v22, se analizó de manera descriptiva cada dominio de las GPC,
45 destacando los porcentajes obtenidos según la institución que desarrolló dicha guía y el país de
46 origen. De igual forma, se midió acuerdo entre los evaluadores, los resultados de calidad de las
47 recomendaciones de las GPC, las recomendaciones y su nivel de evidencia, describiendo cada una
48 de las guías con variables como: país de origen de la GPC, año de publicación, idioma original y
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

tipo de institución que desarrolló la guía. Al analizar los dominios según la institución, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para determinar asociación.

Resultados

Se identificaron 1,594 GP por título y resumen, utilizando la metodología de búsqueda. Luego, se seleccionaron 144 GPC orientados al área materno-fetal para evaluar los criterios de elegibilidad; de esas, fueron analizadas 72 guías que cumplieron con dichos criterios. Las principales causas de exclusión fueron duplicación de guías, guías en versión incompleta o que su versión definitiva no estuviera disponible.

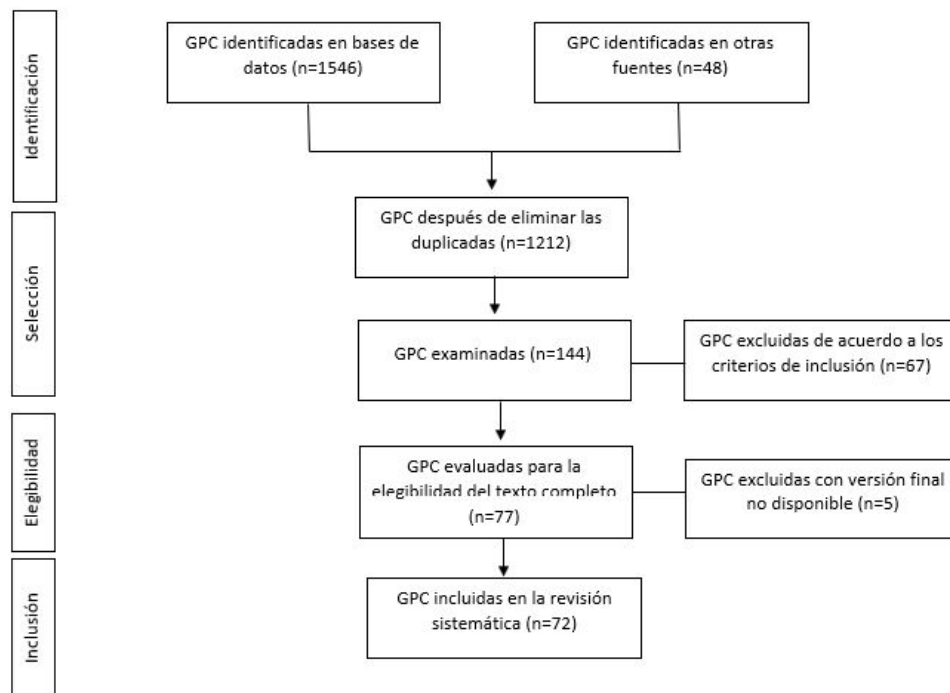


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA. Abreviaciones: GPC = guías de práctica clínica.

Mapeo de la evidencia

El análisis de las GPC por país de publicación encontró que el Reino Unido es el país con mayor producción de guías con 8 (11.11%), seguido de Canadá y Colombia con 5 respectivamente (6.9%), España y Estados Unidos con 3 cada una (4.1%), Rep. Dominicana con 2 (2.77%), Chile, India, Italia y Perú con 1 (1.4%). Con relación al idioma de publicación, el inglés fue el predominante con 56 GPC (77.78%) y el español con 16 (22.22%). Según el tipo de organización,

la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue la principal organización sanitaria en producir las GPC con un total de 43 guías (59.7%), las Sociedades Médicas Especializadas elaboraron 11 GPC (15.3%), seguidas de Instituciones Gubernamentales 19 (26.4%).

El análisis de las GPC por tema identificó que las GPC prenatal elaboradas fueron 7 (9.72%), durante el embarazo se identificaron 27 (37.5%), seguidas de postnatal (puerperio) 13 (18.05%) y otras patologías materno-fetales 25 (34.72%).

Evaluación de implementabilidad

Al evaluar la implementabilidad de las guías con la herramienta AGREE-REX, se encontró en el *dominio 1 de aplicabilidad clínica*, un promedio global de 68.49% (considerado una calidad moderada), siendo este el dominio el más aceptado por los revisores. Desglosando el mismo por cada ítem se obtuvo que el nivel de evidencia que respaldan las recomendaciones presenta un promedio de 4.97 en la escala de respuesta; en lo que respecta a la aplicabilidad a los usuarios objetivo se evidenció un promedio de 5.11; y en la aplicabilidad a Pacientes/Población se obtuvo un promedio de 4.97.

En cuanto al *dominio 2 de valores y preferencias*, se obtuvo un promedio global de un 49.60% (considerado una calidad baja), siendo este dominio el menor valorado por los revisores. Detallando los ítems de manera individual, se pudo valorar que el ítem número 4 de valores y preferencias de los usuarios objetivo obtuvo un promedio de 3.91; Valores y Preferencias de los Pacientes/Población, un promedio de 3.79; Valores y preferencias de los tomadores de decisiones/políticas, un promedio de 4.45; y, finalmente, Valores y preferencias de los desarrolladores de directrices, un promedio de 3.07.

Con respecto al *dominio 3 de implementabilidad*, se obtuvo un promedio general de 53.60% (considerado una calidad moderada). Detallando los ítems de manera individual, se pudo evidenciar que, respecto a los objetivos de implementación y los impactos previstos de la guía, se obtuvo un promedio de 3.96 y, respecto a la aplicación local y la adopción de las recomendaciones, se calculó una puntuación promedio de 4.11.

Institución versus cada dominio

Luego de analizar de forma global los dominios del AGREE-REX, se procedió a analizar mediante un test de ANOVA los dominios en comparación con el tipo de institución, para determinar si existe una diferencia significativa. Se analizó el dominio 1 donde se evidenció que, al comparar las diferentes instituciones donde las GPC pertenecientes a la OMS cumplían con dicho dominio en un 78.16%, comparado con las Sociedades Médicas Especializadas (32.19%) y las ejecutadas por Instituciones Gubernamentales (68.11%), para un valor de $p=0.000$, se demostró que sí existe una diferencia significativa en el dominio 1 respecto a la institución que desarrolló la GPC. De igual forma cuando se analizó cada ítem del dominio, hubo una significancia estadística con un $p<0.05$.

Tabla 1. Guías de Práctica clínica según Institución en el Dominio 1 (Aplicabilidad)

Agree-Rex Dominio 1	Guías de Práctica clínica según Institución
------------------------	---

	<i>OMS</i> (n=42)	<i>Instituciones</i> <i>Gubernamentales</i> (n=19)	<i>Sociedades</i> <i>Médicas</i> <i>Especializadas</i> (n=11)	<i>Mean/SD</i>
Nivel de evidencia	75%	74.5%	18.2%	66.16/25%
Aplicabilidad a los usuarios objetivo	75.83%	70.1%	37.8%	68.5/13.3%
Aplicabilidad a Pacientes/Población	75.83%	64%	34.8%	66.5/20%
Aplicabilidad Clínica	78.16/22.74%	68.11/28.19%	32.18/27.39%	68.48/29.41%

Calidad alta	>70%
Calidad moderada	50-69%
Calidad baja	31-49%
Muy baja calidad	<30%

Al analizar el dominio 2 se obtuvo que, al comparar las diferentes instituciones, donde la OMS con un 54.4% (considerado una calidad moderada) de las GPC cumplían con dicho dominio, comparado con las Sociedades Médicas Especializadas (24.96%) y las ejecutadas por Instituciones Gubernamentales (53.24%), para un valor de $p=0.006$, se demostró que sí existe una diferencia significativa en el dominio 2 respecto a la institución que desarrolló la GPC. De igual forma cuando se analizaron cada ítem del dominio hubo una significancia estadística con un $p<0.05$, excepto en los ítems de ‘Valores y preferencias de los tomadores de decisiones/políticas’ y ‘Valores y preferencias de los desarrolladores de la guía’, donde no hubo significancia estadística.

Tabla 2. Guías de Práctica clínica según Institución para el Dominio 2 (Valores y preferencias)

Agree-Rex Dominio 2	Guías de Práctica clínica según Institución			
	<i>OMS</i> (n=42)	<i>Instituciones</i> <i>Gubernamentales</i> (n=19)	<i>Sociedades</i> <i>Médicas</i> <i>Especializadas</i> (n=11)	<i>Mean/SD</i>
Valores y preferencias de los usuarios objetivos	59.2	45.6	13.66	48.6/21.16
Valores y preferencias de los pacientes	47.66	61	16.6	46.5/22.4
Valores y preferencias de los tomadores de decisiones/políticas	60.67	62.33	37.8	57.66/13.3
Valores y preferencias de los desarrolladores de la guía	38.3	34.16	18.16	34.5/17.5

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Valores y preferencias global	54.4	53.24	24.96	49.59/28.46
-------------------------------	------	-------	-------	-------------

Calidad alta	>70%
Calidad moderada	50-69%
Calidad baja	31-49%
Baja muy calidad	<30%

Al analizar el dominio 3 se obtuvo que, al comparar las diferentes instituciones, donde la OMS 63.53% de las GPC cumplían con dicho dominio, versus las Sociedades Médicas Especializadas con un 25.72% y las ejecutadas por Instituciones Gubernamentales con 47.80%, para un valor de $p=0.000$, se demostró que sí existe una diferencia significativa en el dominio 3 respecto a la institución que desarrolló la GPC. De igual forma cuando se analizaron cada ítem del dominio hubo una significancia estadística con un $p<0.05$.

Tabla 3. Guías de Práctica clínica según Institución para la Implementabilidad

Agree-Rex Dominio 3	Guías de Práctica clínica según Institución			
	OMS (n=42)	Instituciones Gubernamentales (n=19)	Sociedades Médicas Especializadas (n=11)	Mean/SD
Propósito	57.5	50.8	15.16	49.33/18.3
Aplicación y adopción local	64.33	46.5	13.5	51.83/16.6
Implementación	63.53	47.80	25.72	53.6/29.37
Calidad alta	>70%			
Calidad moderada	50-69%			
Calidad baja	31-49%			
Baja muy calidad	<30%			

Institución versus Nivel de Recomendación de la GPC

Se procedió a evaluar el tipo de institución que desarrolló la GPC versus el grado de recomendación de dicha GPC (se recomienda cuando la GPC tiene un promedio >65%). Se realizó una prueba de chi-square² obteniendo un valor de $p=0.007$, siendo significativo, por lo que se puede concluir que hay una diferencia significativa entre la recomendación de una GPC y la institución que la desarrolla.

País versus cada dominio

Se analizó el país de origen de cada GPC versus la evaluación de la herramienta de AGREE-REX. Se procedió a evaluar, mediante un test de ANOVA, los dominios en comparación con el país de origen de la GPC para determinar si existe una diferencia significativa entre el país que desarrolló la GPC y el dominio 1 de 'Aplicabilidad clínica'. Se obtuvo, al comparar los diferentes países, un

1
2 valor de $p=0.000$, demostrando que sí existe una diferencia significativa en el dominio 1 respecto
3 al país de origen de la GPC. Cuando se analizaron cada ítem del dominio, hubo una significancia
4 estadística con un $p<0.05$.
5

6 Al analizar el dominio 2 de 'Valores y preferencias', no se evidenció una diferencia significativa,
7 teniendo un valor de $p>0.05$. Aunque, cuando se analizaron cada ítem del dominio, hubo una
8 significancia estadística sólo en el ítem de 'Valores y preferencias de los usuarios objetivo' con un
9 $p<0.016$, en los demás ítems no hubo significancia estadística. En el dominio 3 de
10 'Implementabilidad', se detectó una diferencia estadística respecto al país de origen de la GPC con
11 un valor de $p=0.018$, lo que nos indica que existe diferencia entre el país desarrollador de GPC y
12 la implementabilidad de dicha guía.
13
14

15 **País versus Nivel de Recomendación de la GPC**

16 Se procedió a evaluar el país que desarrolló la GPC versus el grado de recomendación de dicha
17 GPC (se recomienda cuando la GPC tiene un promedio $>65\%$). Se realizó una prueba de chi-square
18 ² teniendo un valor de $p=0.143$, concluyendo que no hay una diferencia significativa entre la
19 recomendación de una GPC y el país que la desarrolló.
20
21
22

23 **Tema de la GPC**

24 Se obtuvo que las GPC prenatal presentaron un promedio general de evaluación de 62.23% (DS
25 28.9%); GPC durante el embarazo, un promedio de 54.96 DS (DS- 25.9%); GPC postnatal,
26 61.53%; y otras patologías materno-fetal, 56.04% (DS 26.17%). Respecto a la evaluación según
27 el tema, obtuvieron una calidad moderada. El cruce de variable entre los temas y la evaluación
28 general de las GPC no presentó una diferencia estadística significativa.
29
30
31

32 **Discusión**

33 Los hallazgos de este estudio sobre las directrices GRADE en el ámbito materno-fetal evidencian
34 el liderazgo de la OMS en su rol de producción de GPC seguido de agencias gubernamentales y
35 sociedades especializadas. En este aspecto, identificamos un conglomerado de GPC (72)
36 materno/fetal durante los años 2011 al 2021 que han sido adaptadas por las agencias
37 gubernamentales de los países de la región y en su mayoría con cooperación técnica de la
38 OPS/OMS.
39
40
41

42 La producción de la GPC por instituciones y países ha sido limitada, la OMS encabeza la lista con
43 discreta participación de países como el Reino Unido, Canadá, Colombia, España, Italia, Estados
44 Unidos y Chile, los países de renta media y baja como la República Dominicana, Perú e India,
45 muestran menor producción de GPC.
46
47

48 Con la herramienta AGREE-REX, evaluamos la implementabilidad de las GPC de varias
49 organizaciones en todo el mundo como parte de la evaluación de la calidad. En cuanto a los
50 resultados relacionados con los dominios, el más destacado fue la 'Aplicabilidad', mientras que el
51 dominio 'Valores y preferencias' fue el de menor puntuación, lo que revela las dificultades para
52 integrar las herramientas que miden este componente. En sentido general, se advierte que el
53 conjunto de recomendaciones emitidas por agencias gubernamentales tiene mayor adhesión que
54 las formuladas por las sociedades especializadas^{15,16}.
55
56
57
58
59
60

1
2 Respecto a los elementos de los dominios, los siguientes recibieron las calificaciones menos
3 favorables: valores de pacientes/población, valores de políticas, alineación de valores,
4 aplicabilidad local y recursos, herramientas y capacidad [ver tabla 1-3]. Asimismo, cabe señalar
5 que se encontraron puntuaciones más altas estadísticamente significativas en los dominios 1 y 3,
6 con una clasificación de calidad alta-moderada para las recomendaciones realizadas por
7 organizaciones con apoyo gubernamental, a diferencia de las recomendaciones realizadas por
8 sociedades profesionales o especializadas que obtuvieron una clasificación de calidad baja-muy
9 baja, resultados parecidos a los obtenidos por Florez et al ¹⁷.

10
11
12 Las diferencias en los puntajes promedio de la herramienta AGREE-REX en función del tipo de
13 organización y su calidad se puede ver reflejado en las organizaciones apoyadas por el gobierno o
14 el mismo gobierno para buscar una gama más amplia o inversiones en pasos metodológicos
15 adicionales que conduzcan a puntajes de calidad más altos que otros tipos de grupos de
16 desarrolladores, como las sociedades médicas especializadas, debido a que cuentan con mayores
17 recursos. Los desarrolladores de GPC con más recursos financieros y acceso a metodólogos
18 calificados, de una manera u otra establecen estándares de calidad y recomendación más altos,
19 como resultado debe haber una mayor inversión en guías con mayor calidad y asegurar su
20 implementación de manera adecuada ¹⁶.

21
22 A pesar que nuestro estudio se limita al universo de guías con metodología GRADE para el análisis
23 del estudio contenidas en la base BIGG, la utilización de GPC (72) y la calidad de evidencia de
24 Guías GRADE nos aclara el panorama general de GPC en término a una población materno/fetal
25 mundial, debido a que, aunque fue la base de datos utilizada, contiene hasta la fecha la mayoría de
26 las GPC GRADE por especialidades publicadas.

27
28 Por otro lado, la herramienta AGREE REX aún es una herramienta que necesita mayores ejercicios
29 y divulgación como herramienta para evaluar las recomendaciones de GPC. Por lo tanto, el
30 AGREE-REX podría proporcionar una señal al personal responsable de la elaboración de GPC,
31 grupos desarrolladores y metodológicos para la identificación de barreras y brechas que cerrar, a
32 fin de tomar decisiones en miras de corregirlas y así adaptar e implementar una GPC con calidad
33 en los contextos donde se adaptan o se realizan de novo. Esto abre la posibilidad de seguir
34 investigando en otras áreas de la salud con la utilización de esta herramienta.

35
36 Identificamos 72 GPC materno-fetal de varias organizaciones en todo el mundo, reconociendo los
37 esfuerzos de los países en la producción de GPC, así como la incorporación en sus políticas de las
38 guías con metodología GRADE. La evaluación con la herramienta AGREE-REX demostró que
39 existen oportunidades de mejora en cuanto a la integración de los elementos que mide el dominio
40 2 sobre 'Valores y preferencias' en las GPC estudiadas, tomando en cuenta que existe una
41 diferencia significativa respecto tanto al tipo de institución como el país de origen donde se
42 desarrolló la GPC en algunos de los dominios de la herramienta

43 **Conclusiones**

44
45 Las guías informadas por la evidencia son recursos fundamentales para mejorar la práctica clínica
46 y la salud pública, debido a la rigurosidad en su proceso de elaboración. Este estudio enfatiza la
47 importancia de mejorar la calidad de las GPC materno-fetales desarrolladas por organizaciones y
48 las instituciones gubernamentales. Asimismo, recomendamos continuar los esfuerzos de
49

1
2 adaptación o creación de novo entre países con GPC con metodología GRADE, así como medir
3 su implementación a fin de poder seguir replicando documentos que impacten positivamente los
4 indicadores de los países.
5
6

7 8 **Conflictos de Interés** 9

10 Los autores declaran no tener conflictos de interés. Las opiniones expresadas en este manuscrito
11 son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la
12 Organización Panamericana de la Salud.
13
14

15 16 **Referencias bibliográficas** 17

- 18 1. Clark B, Preto N. Exploring the concept of vulnerability in health care. CMAJ. 2018 Mar
19 19;190(11):E308-E309. doi: 10.1503/cmaj.180242. PubMed PMID: 29555859; PubMed Central
20 PMCID: PMC5860890. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29555859>
21
- 22 2. Barraza, Marcos. "Informe de Diagnóstico e Implementación de la Agenda 2030 y los Objetivos
23 de Desarrollo Sostenible en Chile." (2017).
24
- 25 3. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el
26 Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. Washington, DC: OPS, 2015. Disponible en:
27 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10017>. Acceso en Mayo 2023.
28
- 29 4. Cáceres-Manrique Flor de María, Molina-Marín Gloria. Inequidades sociales en atención
30 materna. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Sep [cited 2019 Aug 31]; 61(3): 231-
31 238. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
32 74342010000300007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000300007&lng=en)
33
- 34 5. Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas
35 nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e
36 implementación de guías en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en:
37 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49145>. Acceso en Mayo 2023.
38
- 39 6. Casariego E, Briones E, Costa C. ¿Qué son y para qué sirven las GPC? In: Fistera.
40 2012. <https://www.fistera.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/>. Acceso el 3 de
41 Enero de 2018.
42
- 43 7. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la
44 calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cirugía Española
45 2014,92(2):82-88
46
- 47 8. Kung, J., Miller, R. R., & Mackowiak, P. A. (2012). Failure of clinical practice guidelines to
48 meet institute of medicine standards: two more decades of little, if any, progress. Archives of
49 internal medicine, 172(21), 1628-1633.
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

9. Torres, M., Ragusa, M., Abdala, V., Brocard, E., Schunemann, H., Garcia-Saiso, S., & Reveiz, L. (2022). Bigg, the International Database of Grade Guidelines. *The Lancet Regional Health - Americas*, 6, 100099. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100099>

10. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011 Apr;64(4):380–2.

11. AGREE-REX Instrucciones [Internet]. AGREE Enterprise website. 2019 [cited 2023 Mar 21]. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-rex-recommendation-excellence/agree-rex-instructions/>

12. Ibarгойen Roteta N, Etxeandia Ikobaltzeta I, Castiñeira Pérez C. Guía clínica de Cómo evaluar una Guía de Práctica Clínica [Internet]. Fistera. 2022 [cited 2023 Mar 21]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/como-evaluar-guia-practica-clinica/>

13. AGREE-REX Instrucciones [Internet]. AGREE Enterprise website. 2019 [cited 2023 Mar 21]. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-rex-recommendation-excellence/agree-rex-instructions/>

14. Fantin, M. A., & Zavattiero, C. Evolución y desigualdades de la mortalidad materna en Paraguay; algunos desafíos para su reducción. *Población y Desarrollo*, (2016).22(43), 2-12.

15. David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2013.

16. Florez, I.D., Brouwers, M.C., Kerkvliet, K. et al. Assessment of the quality of recommendations from 161 clinical practice guidelines using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation–Recommendations Excellence (AGREE-REX) instrument shows there is room for improvement. *Implementation Sci* 15, 79 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01036-5>

Apéndice III

IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE DIRECTRICES DE SALUD

MATERNA DE LA OMS EN REPÚBLICA DOMINICANA.

Autores: Mordán J.; De la Rosa A.; Buchanan C.; Torres A.

Como citar: Mordán, José; De la Rosa, Andelys.; Buchanan, Cecilia; Torres, Ania. Reveiz, L. Urrutia, Implementación de las Recomendaciones de las Directrices de la OMS del Ámbito de la Salud Materna en el Sistema de Salud de la República dominicana,

Resumen

Objetivo. Analizar la implementación de las recomendaciones fuertes contenidas en las guías de la OMS y OPS sobre salud materna en la República Dominicana.

Métodos: Se realizó una búsqueda de las recomendaciones de salud materna contenidas en la plataforma BIGG-REC de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se identificaron 249 recomendaciones: 215 recomendaciones fuertes a favor y 34 recomendaciones fuertes en contra, contenidas en 76 directrices de la OMS formuladas con metodología GRADE durante el periodo 2010-2022. Se clasificaron en 6 dominios: aborto, nutrición, hemorragia, hipertensión, infección, anticoncepción, salud pública. Se analizaron las características y los determinantes que facilitan o impiden la implementación de las recomendaciones por el sistema de salud dominicano.

Resultados: Se incluyeron 29 recomendaciones fuertes a favor; correspondientes a los 6 dominios. Las recomendaciones con mayor nivel implementación fueron las relacionadas con la atención a la hemorragia obstétrica y prevención de infecciones. Las relacionadas con Aborto y Programas de Salud Pública son las de menor nivel de implementación. Los principales determinantes para la no implementación son limitaciones del marco legal o normativo, desorganización de la red de servicios y condicionantes sociales y culturales.

Discusión:

En República Dominicana persisten limitaciones para la implementación de recomendaciones fuertes del ámbito de la salud materna contenidas en las directrices de la OMS. Los resultados muestran la necesidad de fortalecer estrategias para la implementación de recomendaciones en los ámbitos de atención al aborto e intervenciones de Salud Pública.

Palabras Claves. Recomendaciones; Bigg Rec, OMS, implementación, Sistema de Salud, República Dominicana

Introducción

Las directrices de la OMS basadas en evidencias y formuladas con metodología GRADE son documentos de consulta para decisores de políticas de salud y personal clínico.

El portal BIGG REC, OPS-OMS¹ de recomendaciones GRADE de la OPS/OMS para el ODS-3 facilita el acceso a las directrices. Recopila todas las recomendaciones clínicas, de salud pública y de políticas de salud emitidas en las guías y directrices de la OMS y la OPS. A pesar del acervo de guías de acceso libre, aún existen desafíos importantes en materia de implementación de sus recomendaciones, con mayor énfasis los sistemas de salud de países

¹ <https://bigg-rec.bvsalud.org/es>

de renta baja o media.

Para República Dominicana la aceptabilidad y adopción de Guías de Práctica Clínica constituye un desafío que requiere cambios en la cultura organizacional y en la gestión de la red de servicios y programas². Para la adopción de una recomendación de las guías GRADE se requiere que los actores involucrados reconozcan el rigor metodológico de su formulación y que las instancias políticas de coordinación establezcan estrategias con procesos y recursos básicos para su implementación.

A propósito del ODS-3 que promueve la salud y el bienestar para todos, hacemos énfasis en la necesidad de avanzar con la agenda de la OPS/OMS que propone desarrollar programas nacionales de Guías³ y establecer estrategias para que los Gobiernos de las Américas adopten medidas para implementar las recomendaciones basadas en evidencia en el área de salud materna

Métodos

Se efectuó una búsqueda BIGG-REC. Se extrajo una lista de recomendaciones fuertes o condicionales de salud materna, todas desarrolladas con la metodología GRADE hasta el año 2022.

Criterios de selección.

Se incluyeron recomendaciones fuertes a favor o en contra del ámbito de la salud materna en los dominios: Aborto, Hemorragia, Hipertensión, Infección, Anticoncepción y Salud Pública.

Se excluyeron del estudio las recomendaciones que no aplican al contexto Epidemiológico de República Dominicana.

Se elaboró un formato de extracción de contenidos de las directrices que contenía el dominio, la recomendación, un resumen de la evidencia, nivel de la implementación y sus determinantes. Tres revisores evaluaron de forma independiente y establecieron el nivel de implementación.

Análisis de la Recomendación fuertes de las Guías GRADE de la OMS.

Las recomendaciones seleccionadas de la plataforma BIGG-REC fueron analizadas estratificando las recomendaciones fuertes a favor o en contra. Al mismo tiempo, se incluye la información sobre modalidad de política del Sistema de Salud que responde a la recomendación, considerada como unidad de comparación que facilitó tras consulta con revisores el nivel de la implementación.

Clasificación del nivel de implementación

Nivel de implementación Total: se implementa en todos los servicios obstétricos de nivel nacional

Nivel de implementación parcial: se desarrolla solo en los servicios obstétricos de nivel Subnacional

Nivel no implementado: no se identifica su implementación en el sistema de atención.

Durante el análisis se destaca el cuerpo de la evidencia que informa sobre la recomendación de la OMS y se documenta la política, norma o disposición nacional que apoya su implementación al tiempo que se describen los factores que sustentan la no implementación.

² De la Rosa A, Mordan J, Barinas I, Toribio M, Mancebo D, Rodríguez A, Pacheco-Herrero M. Acceptability and adoption of clinical practice guidelines and treatment protocols on preeclampsia/eclampsia in the Dominican Republic. Rev Panam Salud Publica. 2021 Feb 22;45:e8. doi: 10.26633/RPSP.2021.8. PMID: 33643395; PMCID: PMC7898364.

³ Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas ISBN: 978-92-75-32016-7

Análisis de resultados

Se incluyeron 29 recomendaciones fuertes correspondientes a los dominios: Aborto, Hipertensión, Hemorragia, Infección, Anticoncepción y Salud Pública. En la tabla 1 se puede visualizar la cantidad de recomendaciones que fueron clasificadas en cada nivel de implementación. Las recomendaciones con mayor nivel implementación fueron las relacionadas con la atención a la hemorragia obstétrica y prevención de infecciones. Las relacionadas con Aborto y Programas de Salud Pública son las de menor nivel de implementación. Los principales determinantes para la no implementación son limitaciones del marco legal o normativo, desorganización de la red de servicios y los condicionantes sociales y culturales que influyen en la respuesta a los principales problemas del ámbito de la salud materna.

Tabla 1. Numero de recomendaciones por Nivel de implementación por dimensión

NIVEL	Aborto	HT	Hemorragia	Infección	Anticoncepción	Salud Pública
TOTAL	1	1	3	2	1	2
PARCIAL		2	1	3		1
NO IMPLEMENTADO	4			1	3	4
Total	5	3	4	6	4	7

Nivel de implementación por Dimensión

Se identificaron 5 recomendaciones fuertes en la dimensión de Aborto de las cuales solo una tiene nivel total de implementación y 4 no están implementadas.

En la tabla 2 se presentan las recomendaciones con su nivel de implementación y los factores limitantes o facilitadores identificados.

Tabla 2. Nivel de implementación de las recomendaciones fuertes de la dimensión **Aborto**

Aborto		
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	RECOMENDACION	FACILITADOR/BARRERA
Implementación Total	Aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de infección pélvica inflamatoria de la persona: Se recomienda una profilaxis adecuada pre o perioperatoria con antibióticos.	La disponibilidad de los servicios de aborto quirúrgicos y antibióticos en la red de servicios facilita la implementación de esta recomendación. Los proveedores de servicios muestran adherencia a esta recomendación
No implementada	Despenalización total del aborto.	Código penal dominicano, impone pena de reclusión a las mujeres y personal de salud involucrado en la práctica del aborto
	Suministro de información sobre la atención para el aborto por parte de agentes de salud comunitarios, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermeras auxiliares parteras, enfermeras,	Ofrecer información puede ser tipificada como delito.

	parteras, clínicos asociados y médicos especialistas	
	Tratamiento médico con Misoprostol por parte de agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/ enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.	Trabajadores de la salud no médicos no están autorizados para la prescripción de Misoprostol
	Para el manejo del aborto recomendar el uso de 200 mg de Mifepristona por vía oral, seguidos 1 o 2 días después por dosis repetidas de 400 µg Misoprostol administrado por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas	

Se identificaron 3 recomendaciones fuertes en la dimensión de Hipertensión de las cuales solo una tiene nivel total de implementación y 2 implementación parcial.

En la tabla 3 se presentan las recomendaciones con su nivel de implementación y los factores limitantes o facilitadores identificados.

Tabla 3. Nivel de implementación de las recomendaciones fuertes de la dimensión **Hipertensión**

Hipertensión		
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	RECOMENDACION	FACILITADOR/BARRERA
Implementación Total	Administración de sulfato de magnesio, con preferencia sobre otros anticonvulsivos, para prevenir la eclampsia en las mujeres con Preeclampsia grave.	La disponibilidad de medios farmacológicos durante la hospitalización favorece pues permite el acceso al medicamento de mujeres que tienen barreras para acceder de forma ambulatoria.
Implementación parcial	En mujeres tratadas con antihipertensivos prenatales, se recomienda continuar el tratamiento con antihipertensivos posparto.	Existen barreras para el acceso a medicamentos antihipertensivos de forma ambulatoria para mujeres no protegidas por la seguridad social.
	Mujeres con hipertensión severa durante el embarazo deben recibir tratamiento con medicamentos antihipertensivos.	El Sulfato de Magnesio está incluido en el protocolo nacional y en el cuadro de medicamentos esenciales.

Se identificaron 4 recomendaciones fuertes en la dimensión de Hemorragia de las cuales 3 tienen nivel total de implementación y 1 implementación parcial.

En la tabla 4 se presentan las recomendaciones con su nivel de implementación y los factores limitantes o facilitadores identificados.

Tabla 4. Nivel de implementación de las recomendaciones fuertes de la dimensión **Hemorragia**

Hemorragia		
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	RECOMENDACION	FACILITADOR/BARRERA

Implementación Total	Si no se dispone de oxitocina intravenosa, o si el sangrado no responde a la oxitocina, se recomienda el uso de Ergometrina intravenosa, una dosis fija de oxitocina-ergometrina o prostaglandinas sintéticas (incluido misoprostol sublingual, 800 µg) (para el tratamiento de la hemorragia posparto).	Su disponibilidad facilita la implementación de la intervención.
	La oxitocina intravenosa sola es el uterotónico recomendado para la hemorragia posparto	
	Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento con agentes uterotónicos y otras intervenciones conservadoras disponibles (por ejemplo, masaje uterino, taponamiento con balón), se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas.	
Implementación parcial	Uso temprano de ácido tranexámico por vía intravenosa (dentro de las 3 horas posteriores al nacimiento) además de la atención estándar para mujeres con hemorragia posparto clínicamente diagnosticada después de un parto vaginal o una cesárea.	Para lograr la implementación de esta recomendación es necesario asegurar disponibilidad de ácido tranexámico (AT), en los centros que atienden partos.

Se identificaron 6 recomendaciones fuertes en la dimensión de Infección de las cuales 2 tienen nivel total de implementación, 3 implementación parcial y 1 no implementada. En la tabla 5 se presentan las recomendaciones con su nivel de implementación y los factores limitantes o facilitadores identificados.

Tabla 5. Nivel de implementación de las recomendaciones fuertes de la dimensión **Infección**

Infección		
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	RECOMENDACION	FACILITADOR/BARRERA
Implementación Total	Se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para las mujeres que se someten a una cesárea electiva o de emergencia	La disponibilidad de antibióticos al momento de la cesárea apoya la implementación de esta recomendación en el sistema de Salud Dominicano.
	Las madres con sospecha o diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 continúen amamantando y permanezcan en contacto con sus bebés, ya que los beneficios superan los riesgos en pacientes con afecciones leves y moderadas. Sin embargo, deben usar una máscara, especialmente cuando amamantan.	La Guía para la atención de la Embarazada positiva para COVID19 recomienda mantener la lactancia del neonato con seno materno.

Implementación parcial	Las pruebas serológicas de HBsAg se ofrezcan de forma rutinaria a todas las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales, con conexión a los servicios de prevención, atención y tratamiento. A las parejas y compañeros en entornos de atención prenatal se les deben ofrecer servicios de pruebas de VHB.	Esta necesidad no es satisfecha en nuestro medio debido a dificultades sociales y financiera.
	En mujeres embarazadas con sífilis tardía (más de dos años de duración) o etapa desconocida de sífilis, la OMS recomienda 2,4 millones de unidades de Penicilina Benzatínica G por vía intramuscular una vez a la semana durante tres semanas consecutivas en lugar de ningún tratamiento	Persisten barreras para tamizaje universal de Sífilis entre núcleos de embarazadas por factores como pobreza extrema, migración, fragmentación de la atención prenatal brechas territoriales para detección y tratamiento de casos y dificultad para detección y tratamiento de contactos.
	La terapia antirretroviral (TAR) se debe iniciar en todas las mujeres embarazadas y lactantes seropositivas frente al VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS y sea cual fuere la cifra de linfocitos CD4, y es necesario continuarlo luego durante toda la vida	Para el Sistema de Salud Dominicano constituye un gran desafío el aseguramiento de terapia antirretroviral durante el embarazo y a largo plazo, debido a barreras sociales, culturales y financieras.
No implementada	Las madres que viven con el VIH deben amamantar durante al menos 12 meses y pueden continuar amamantando hasta 24 meses o más (similar a la población general) mientras reciben pleno apoyo para la adherencia al TAR (consulte las directrices consolidadas de la OMS sobre medicamentos ARV para conocer las intervenciones para optimizar la adherencia).	En la República Dominicana debido a las dificultades para asegurar tratamiento antirretroviral (TAR) temprana y consecuencia carga viral baja al momento del parto y el puerperio se plantea en las guías nacionales evitar la lactancia al tiempo de utilizar sustituto de la leche materna para el neonato.

Se identificaron 4 recomendaciones fuertes en la dimensión de Anticoncepción de las cuales 1 tiene nivel total de implementación, y 3 no implementadas.

En la tabla 6 se presentan las recomendaciones con su nivel de implementación y las factores limitantes o facilitadores identificados.

Tabla 6. Nivel de implementación de las recomendaciones fuertes de la dimensión Anticoncepción

Anticoncepción		
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	RECOMENDACION	FACILITADOR/BARRERA
Implementación parcial	Ofrecer anticoncepción de emergencia a niñas que hayan sido violadas con penetración peno vaginal y que se presenten dentro de las 120 horas (5 días).	Dificultad para el abastecimiento del AE, condicionantes de género y cultura relacionados con el fenómeno de agresión sexual, así como, debilidades propias del

		Sistema de detección, notificación y protección de víctimas y denunciantes
No implementada	Las píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre estén disponibles sin receta para las personas que deseen usar la anticoncepción de emergencia.	La PAE no es un medicamento de venta libre en la República Dominicana, a pesar de que su venta se hace sin prescripción su expendio no está respaldado por disposición oficial para su venta libre de receta. Los programas del estado no incluyen su compra y suministro regular razón por la que esta recomendación no se implementa en nuestro medio.
	La anticoncepción inyectable auto administrada debe estar disponible como un enfoque adicional para administrar anticoncepción inyectable para personas en edad reproductiva.	Esta recomendación no es implementada en nuestro medio y puede ser útil en territorios con barreras para acceso a servicios.
	Las píldoras anticonceptivas orales (ACO) de venta libre deben estar disponibles sin receta para las personas que usan ACO.	La regulación para expendio de medicamentos vigente en la República Dominicana impide la implementación de esta recomendación.
	Una mujer puede comenzar a utilizar el acetato de medroxiprogesterona de depósito (MPA) por vía subcutánea dentro de los 7 días posteriores al comienzo de su sangrado menstrual.	La fórmula de Acetato de Medroxiprogesterona vía IM cada tres meses se implementa en los servicios de nivel nacional, la fórmula de administración subcutánea aún no está disponible en el mercado.

Se identificaron 7 recomendaciones fuertes en la dimensión de Salud Pública de las cuales 2 tienen nivel total de implementación, 1 implementación parcial y 4 no implementadas.

En la tabla 7 se presentan las recomendaciones con su nivel de implementación y los factores limitantes o facilitadores identificados.

Tabla 7. Nivel de implementación de las recomendaciones fuertes de la dimensión **Salud Pública**

Salud Pública		
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	RECOMENDACION	FACILITADOR/BARRERA
Implementación Total	Fortificación de la harina de trigo con ácido fólico como estrategia de salud pública para reducir el riesgo de ocurrencia de embarazos afectados por defectos del tubo neural entre mujeres en edad reproductiva y para mejorar el estado de folato en las poblaciones.	Política de acciones de regulación comercial y la transparencia en el etiquetado facilita que la harina este fortificada con ácido fólico.

	<p>Todos los establecimientos de atención de salud deberían estar libres de humo para proteger la salud de todo el personal, los pacientes y los visitantes, incluidas las mujeres embarazadas.</p>	<p>Por ordenanzas del Ministerio de Salud se cumple con el control del uso de tabaco en los espacios públicos, en los centros de salud en particular se observa espacios libres de humo de tabaco, situación que debe ser mantenida por la vigilancia, la educación a la población y uso de herramientas para intervención frente a población resistente.</p>
Implementación parcial	<p>Los proveedores de atención de salud deben preguntar a las embarazadas acerca del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (en el pasado y en el presente) lo antes posible en el embarazo y en cada consulta prenatal.</p>	<p>Se desarrolla el programa de prevención de consumo de alcohol durante el embarazo, su alcance sigue concentrado en hospitales de maternidades sin incluir amplios segmentos de población que acude a centros de primer nivel en los territorios.</p>
No implementada	<p>Participación de la comunidad en la planificación, implementación y monitoreo de los programas para mejorar el aprovechamiento de la atención calificada durante embarazo, nacimiento y el período posnatal para mujeres y recién nacidos, aumento del aprovechamiento oportuno de la atención en instituciones por complicaciones obstétricas y neonatales y mejorar la salud materna y neonatal. También se recomienda enfatizar la importancia de incluir mecanismos que garanticen la voz de las mujeres.</p>	<p>Son limitadas las acciones que integran los servicios de atención prenatal con la comunidad, experiencias piloto han mostrado efectos positivos en términos de acompañamiento, pero hasta la fecha no se ha implementado programas de nivel nacional que muestren resultados en relación a los efectos de la integración comunitaria, familias y centros de atención prenatal.</p>
	<p>Los dispensadores de atención de salud deberían proporcionar a las mujeres, a sus parejas y a otros miembros del hogar asesoramiento e información sobre los riesgos de la exposición al humo ajeno, así como estrategias para reducir dicho humo en el hogar</p>	<p>No hay investigación que pueda documentar el grado de exposición de las embarazadas al humo del tabaco en el hogar, no obstante, se requiere investigación y desarrollo de programas que puedan implementar la recomendación de hogares y espacios públicos libres de humo de tabaco.</p>
	<p>Los establecimientos de atención de salud que prestan atención obstétrica deben tener un protocolo vigente para detectar, evaluar, dar seguimiento e intervenir, con métodos farmacológicos y no farmacológicos, a los recién nacidos expuestos a los opioides desde el vientre materno.</p>	<p>La inexistencia de datos y programas para prevención de consumo de opioides durante el embarazo determina que esta recomendación no es hasta la fecha implementado por el Sistema de Salud.</p>

	<p>La autogestión de suplementos de hierro y ácido fólico esté disponible como una opción adicional a la provisión de suplementos de hierro y ácido fólico dirigida por trabajadores de la salud para las personas durante el período posnatal.</p>	<p>En el caso dominicano persisten barreras de suministro, financiamiento, acceso e integración comunitaria que impiden que esta recomendación sea implementada.</p>
--	---	--

Discusión:

En República Dominicana persisten limitaciones para la implementación de recomendaciones fuertes del ámbito de la salud materna contenidas en las directrices de la OMS. Los resultados muestran la necesidad de fortalecer estrategias para la implementación de recomendaciones en los ámbitos de atención al aborto e intervenciones de Salud Pública.

Las barreras de implementación identificadas en la mayoría de las recomendaciones de nivel “no implementadas” en República Dominicana se vinculan a tres grandes esferas: 1) la normativa vigente, 2) la disponibilidad de tecnología sanitaria en los centros de atención y 3) disponibilidad de acceso libre, ambulatorio y asequible por parte de la mujer de medicamentos. En el caso de la normativa vigente se destaca la penalización del aborto, la no autorización de personal no médico para administración de ciertos medicamentos y la ausencia de normas que exijan el cumplimiento de las recomendaciones de salud pública relacionadas a la prevención de intoxicación por tabaco y alcohol de mujeres embarazadas.

Como pudimos observar, muchas de las recomendaciones ven limitada su implementación por no disponer de medicamentos suficientes constantes. Este es el caso, por ejemplo, del tratamiento con antirretrovirales.

De la misma manera, se observa que la desprotección por parte de la seguridad social y las limitantes de expendio de medicamentos (especialmente anticonceptivos) limita la implementación de normativas que protegen a la mujer de la hipertensión arterial postparto y de embarazos no deseados.

Es evidente que en República Dominicana ha habido avances significativos en materia de salud materna, sin embargo, aún quedan asuntos pendientes que requieren de compromiso de la autoridad sanitaria en la determinación de nuevas normas y en el aseguramiento tanto del cumplimiento de normas existentes como de abastecimiento de tecnología sanitaria en centros de salud y en la cobertura de los servicios por parte de la seguridad social.