



Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia

Proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica

Formulación y priorización de preguntas clínicas

Guía de Práctica Clínica GES “Prevención Parto Prematuro”

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, han iniciado un proceso de revisión de vigencia y actualización de las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica GES. Este proceso se divide en 2 etapas, siendo la primera de ellas la revisión de vigencia de las recomendaciones. Una vez evaluada la vigencia, comienza la actualización propiamente tal, proceso que se inicia con la formulación de preguntas para cada una de las guías de práctica clínica.

A continuación se describen los resultados del proceso de formulación y priorización de preguntas clínicas de la Guía de Práctica Clínica GES “Prevención Parto Prematuro”, 2017.

La formulación de preguntas se realizó en junio de 2017, en una reunión presencial en el Ministerio de Salud, y la priorización de las 5 preguntas a abordar en esta actualización 2017 se desarrolló en el mismo mes, a través de un cuestionario online. Participaron en la reunión 13 profesionales representantes del Hospital Clínico La Florida, Hospital San José, Hospital Padre Hurtado, Hospital Clínico Universidad de Chile, Hospital Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica (PUC), FONASA, Programa Salud de la Mujer y DIGERA del Ministerio de Salud.

Los participantes definieron las siguientes 17 preguntas, utilizando el formato PIC (Población, Intervención, Comparación).

1. ¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional, se debe realizar medición ultrasonográfica de cérvix vía transvaginal (cervicometría), en comparación a no realizar?

2. ¿En embarazadas de 11 a 13+6 semanas de edad gestacional, se debe realizar cribado de parto prematuro no idiopático (historia clínica, bioquímica sanguínea, velocimetría doppler de arterias uterinas), en comparación a no realizar?
3. ¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional con cérvix menor de 25 mm, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?
4. ¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional con cérvix menor de 25 mm e historia de parto prematuro, se debe realizar cerclaje, en comparación a no realizar?
5. ¿En embarazadas menores de 22 semanas de edad gestacional con aumento de riesgo de parto prematuro no idiopático en el cribado de 11-14 semanas, se debe usar aspirina de dosis baja, en comparación a no dar?
6. ¿En embarazadas con historia de parto prematuro idiopático menor de 34 semanas de edad gestacional, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?
7. ¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM), de pre término entre las 24 y 34 semanas de edad gestacional se debe dar profilaxis antibiótica, en comparación a no dar?
8. ¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM), de pre término menor de 24 semanas de edad gestacional sin evidencia de infección, se debe dar profilaxis antibiótica, en comparación a no dar?
9. ¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM), de pre término menor de 32+0 semanas de edad gestacional sin evidencia de infección, se debe realizar profilaxis antibiótica extendida (mayor a 7 días), en comparación a profilaxis antibiótica habitual (hasta 7 días)?
10. ¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM), entre 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional, se debe interrumpir el embarazo a las 34+0 semanas, en comparación a un manejo expectante?
11. ¿En embarazadas desde 23+5 a 34 semanas de edad gestacional en riesgo de parto prematuro, se debe administrar corticoides, en comparación a no administrar?
12. ¿En embarazadas desde 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional en riesgo de parto prematuro, se deben administrar corticoides, en comparación a no administrar?
13. ¿En embarazadas en riesgo de parto prematuro menor de 32 semanas de edad gestacional, se debe usar sulfato de magnesio como neuroprotección del neonato, en comparación a no usar?
14. ¿En embarazadas con amenaza de parto prematuro menor de 34 semanas de edad gestacional, se debe usar tocolisis, en comparación a no usar?
15. ¿En embarazadas con amenaza de parto prematuro tratado menor de 34 semanas de edad gestacional, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?
16. ¿En embarazo múltiple con cérvix menor de 25 mm, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?

17. ¿En embarazo múltiple con cérvix menor de 25 mm, se debe realizar cerclaje, en comparación a no realizar?

La priorización se realizó a través de un cuestionario enviado por correo electrónico (survey monkey), en la que cada participante respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 y 7, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo:

- ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- ¿La intervención genera impacto importante en el uso de recursos?
- ¿Es una pregunta clínica nueva que no ha sido abordada en la guía anterior?
- Considerando lo anterior, ¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica en una escala de 1 a 7?

Este cuestionario fue respondido por 11 participantes, cuyas respuestas fueron analizadas para cada criterio y el ranking final se construyó considerando el promedio del puntaje de la importancia de cada pregunta.

Preguntas	¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica en una escala de 1 a 7?
¿En embarazadas menores de 22 semanas de edad gestacional con aumento de riesgo de parto prematuro no idiopático en el cribado de 11-14 semanas, se debe usar aspirina de dosis baja, en comparación a no dar?	6,4
¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional con cérvix menor de 25 mm, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?	6,1
¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional, se debe realizar medición ultrasonográfica de cérvix vía transvaginal (cervicometría), en comparación a no realizar?	5,9
¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM) entre 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional, se debe interrumpir el embarazo a las 34+0 semanas, en comparación a un manejo expectante?	5,8
¿En embarazadas con historia de parto prematuro idiopático menor de 34 semanas de edad gestacional, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?	5,7
¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional con cérvix menor de 25 mm e historia de parto prematuro, se debe realizar cerclaje, en comparación a no realizar?	5,6

¿En embarazadas de 11 a 13+6 semanas de edad gestacional, se debe realizar cribado de parto prematuro no idiopático (historia clínica, bioquímica sanguínea, velocimetría doppler de arterias uterinas), en comparación a no realizar?	5,6
¿En embarazo múltiple con cérvix menor de 25 mm, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?	5,6
¿En embarazadas desde 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional en riesgo de parto prematuro, se deben administrar corticoides, en comparación a no administrar?	5,4
¿En embarazadas en riesgo de parto prematuro menor de 32 semanas de edad gestacional, se debe usar sulfato de magnesio como neuroprotección del neonato, en comparación a no usar?	5,0
¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM) de pre término entre las 24 y 34 semanas de edad gestacional se debe dar profilaxis antibiótica, en comparación a no dar?	4,8
¿En embarazo múltiple con cérvix menor de 25 mm, se debe realizar cerclaje, en comparación a no realizar?	4,5
¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM) de pre término menor de 32+0 semanas de edad gestacional sin evidencia de infección, se debe realizar profilaxis antibiótica extendida (mayor a 7 días), en comparación a profilaxis antibiótica habitual (hasta 7 días)?	4,4
¿En embarazadas con amenaza de parto prematuro tratado menor de 34 semanas de edad gestacional, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?	4,3
¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM) de pre término menor de 24 semanas de edad gestacional sin evidencia de infección, se debe dar profilaxis antibiótica, en comparación a no dar?	4,0
¿En embarazo múltiple con cérvix menor de 25 mm, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?	3,8
¿En embarazadas con amenaza de parto prematuro menor de 34 semanas de edad gestacional, se debe usar tocolisis, en comparación a no usar?	3,6

Para la selección final de las preguntas clínicas a responder en la actualización 2017, se consideró además la factibilidad de dar respuesta a las preguntas con evidencia (existencia de estudios que aborden la pregunta), y la coherencia de la guía en su conjunto (preguntas relacionadas entre sí). Luego de este análisis, las preguntas priorizadas fueron las siguientes:

1. ¿En embarazadas menores de 22 semanas de edad gestacional con aumento de riesgo de parto prematuro no idiopático en el cribado de 11-14 semanas, se debe usar aspirina de dosis baja en comparación a no dar?
2. ¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional con cérvix menor de 25 mm, se debe dar progesterona vaginal en comparación a no dar?

3. ¿En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional, se debe realizar medición ultrasonográfica de cérvix vía transvaginal (cervicometría), en comparación a no realizar?
4. ¿En embarazadas con rotura prematura de membranas (RPM) entre 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional, se debe interrumpir el embarazo a las 34+0 semanas, en comparación a un manejo expectante?
5. ¿En embarazadas con historia de parto prematuro idiopático menor de 34 semanas de edad gestacional, se debe dar progesterona vaginal, en comparación a no dar?

Las restantes preguntas formuladas por el panel y que no fueron priorizadas para esta actualización, quedarán pendientes para futuras actualizaciones de la Guía.

Participaron en la formulación de las preguntas los siguientes profesionales:

1. Dr. Hernán Muñoz, Médico Gineco- obstetra, Universidad de Chile.
2. Dr. Jorge Gutierrez, Médico Gineco- obstetra, Hospital San José.
3. Dr. Marco Clavero, Médico Gineco- obstetra, Hospital San José.
4. Dr. Mauro Parra, Médico Gineco- obstetra, Universidad de Chile.
5. Dr. Alvaro Insunza, Médico Gineco- obstetra, Hospital Padre Hurtado.
6. Dr. Christian Figueroa, Médico Gineco- obstetra, Hospital La Florida
7. Dr. Juan Kusanovic, Médico Gineco- obstetra, Hospital Sótero del Río, PUC.
8. Dr. José Novoa, Médico Pediatra Neonatólogo, Hospital Padre Hurtado.
9. Dra. Patricia Mena, Médico Pediatra Neonatólogo, Hospital Sótero del Río.
10. Dra. Paulina Troncoso, Médico Gineco- obstetra, Jefa Programa Salud de la Mujer, DIPRECE, Ministerio de Salud.
11. Miriam Gonzalez, Matrona, Programa Salud de la Mujer, DIPRECE, Ministerio de Salud.
12. Ivonne Espinoza, Enfermera, FONASA.
13. Solange Burgos, Matrona, DIGERA, Ministerio de Salud.