



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO DE SALUD BASADA EN EVIDENCIA Y GARANTÍAS SANITARIAS

Proceso de revisión de vigencia de recomendaciones

Guías de Práctica Clínica: Prevención Parto Prematuro

La División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Basada en Evidencia y Garantías Sanitarias, ha 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. Posteriormente, y considerando los resultados de la evaluación de vigencia, se dará inicio a la actualización propiamente tal, proceso que se inicia con la formulación de preguntas para cada una de las guías de práctica clínica.

El proceso de revisión se realizó en abril de 2017 y participaron profesionales representantes del Hospital La Florida, Hospital Padre Hurtado, Hospital Sótero del Río, Hospital San José, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Colegio de Matronas, FONASA, Programa Salud de la Mujer, DIGERA y DIVAP del Ministerio de Salud.

Las recomendaciones fueron revisadas utilizando criterios estandarizados, siendo definida como VIGENTE aquella recomendación que cumple los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar una acción concreta.
- La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población.
- La recomendación propone realizar una acción que es factible de realizar en el contexto actual (no es una práctica en desuso).

Se utilizó un formulario para revisión de las recomendaciones de la guía de práctica clínica, en la que cada evaluador respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿Esta recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿Esta recomendación propone realizar una acción que es factible de realizar en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del

puntaje fue 4 ó más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue 3 ó menos en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE.

Luego de analizar los resultados, las recomendaciones vigentes son las siguientes:

Recomendaciones Vigentes
En el primer control de embarazo se solicita urocultivo, el que debe ser realizado idealmente alrededor de las 12 semanas de gestación.
Medición de cervix: en examen de 22 a 24 semanas en la población general permite identificar a la población de mayor riesgo de parto prematuro
El tamizaje con doppler de arterias uterinas en examen de 20 a 24 semanas.
Se recomienda utilizar un valor de corte de 25 mm para población de alto riesgo y de 15 mm para población de bajo riesgo, a la hora de iniciar medidas de prevención. En estas pacientes se recomienda administración de progesterona (progesterona natural micronizada 200 mg/día por vía vaginal) desde el diagnóstico del cuello corto hasta las 36 semanas, la rotura de membranas o el inicio del trabajo de parto. En estas condiciones la administración de progesterona reduce en un 40% el riesgo de parto prematuro.
Progesterona: En el examen de las 20-24 sem., si el cervix se encuentra bajo el percentil 5, especialmente si el cuello es menor de 15 mm, se debe administrar progesterona natural micronizada.
Cerclaje. La aplicación de cerclaje en población asintomática sin antecedentes de parto prematuro y cuello acortado en examen de 20 a 24 semanas, no reduce la incidencia de parto prematuro comparado con el grupo control.
La evidencia actual sugiere que la administración rutinaria de antibióticos en pacientes con RPM de pretérmino está asociada con una prolongación significativa del período de latencia (4-7 días).
Administración de profilaxis esteroidea para complicaciones de la prematuridad.
En pacientes sin trabajo de parto que tengan indicación de interrupción del embarazo se realizará inducción inmediata del parto. La recomendación de inducir el parto al ingreso de las pacientes se basa en un meta-análisis reciente y un gran estudio randomizado, los cuales muestran que la utilización de esta modalidad se asocia con una menor incidencia de corioamnionitis clínica sin que aumente la tasa de cesáreas. La cesárea queda reservada para los casos con indicaciones obstétricas habituales.
Varios estudios recientes sugieren que, una vez demostrada la presencia de RPM sobre las 35 semanas, el uso de misoprostol oral (50-100 µg) o intravaginal (50 µg) es un método eficaz y de bajo costo para inducir el trabajo de parto.
Profilaxis antibiótica intraparto para la sepsis neonatal por <i>Estreptococo</i> del grupo B.
Se recomienda la administración de sulfato de magnesio en pacientes en que haya fallado la tocolisis y el trabajo de parto progrese.
Administración de antibióticos en pacientes con RPM de pretérmino (ampicilina 1-2 gramos cada 6 horas+ eritromicina 250-500 mg cada 6 horas)

El panel de expertos estuvo compuesto por los siguientes profesionales:

1. Dra. Carolina Winkler Pedraza, Médico Ginecoobstetra, Hospital La Florida.
2. Dr. Alvaro Insunza Figueroa, Médico Ginecoobstetra, Hospital Padre Hurtado.
3. Dr. José Novoa, Médico Pediatra Neonatólogo, Hospital Padre Hurtado.
4. Dr. Hernán Muñoz, C, Universidad de Chile
5. Dr. Juan Pedro Kusanovic, Médico Ginecoobstetra, Hospital Sótero del Río, PUC
6. Dr. Jorge Gutierrez Pinto, Médico Ginecoobstetra, Hospital San José
7. Dr. Marco Clavero, Médico Ginecoobstetra, Hospital San José
8. Dra. Patricia Mena Nanning, Médico Neonatólogo, Hospital Sótero del Río.
9. Paola Aguilera Ibaceta, Matrona, FONASA.
10. Carmen Garcés Illanes, Matrona, Colegio de Matronas y Matrones de Chile.
11. Anita Román Morra, Matrona , Colegio de Matronas y Matrones de Chile.
12. Dra. Paulina Troncoso, Médico Ginecoobstetra, Programa Salud de la Mujer, Depto. Ciclo Vital, Ministerio de Salud
13. Miriam Gonzalez Opazo, Matrona, Programa Salud de la Mujer, Depto. Ciclo Vital, Ministerio de Salud.
14. Juan Herrera, Matrón, DIVAP, Ministerio de Salud.
15. Solange Burgos Estrada, Matrona, DIGERA, Ministerio de Salud.

El detalle de los resultados de la evaluación se presenta en ANEXO.

ANEXO: Puntajes obtenidos en el proceso de revisión de vigencia de las recomendaciones.

Recomendación	Más beneficio que daño (mediana)	Acción factible de realizar (mediana)	Vigencia
1. En el primer control de embarazo se solicita urocultivo, el que debe ser realizado idealmente alrededor de las 12 semanas de gestación	6	6	VIGENTE
2. Medición de cervix: en examen de 22 a 24 semanas en la población general permite identificar a la población de mayor riesgo de parto prematuro.	6	5	VIGENTE
3. El tamizaje con doppler de arterias uterinas en examen de 20 a 24 semanas.	6	4	VIGENTE
4. Se recomienda utilizar un valor de corte de 25 mm para población de alto riesgo y de 15 mm para población de bajo riesgo, a la hora de iniciar medidas de prevención. En estas pacientes se recomienda administración de progesterona (progesterona natural micronizada 200 mg/día por vía vaginal) desde el diagnóstico del cuello corto hasta las 36 semanas, la rotura de membranas o el inicio del trabajo de parto. En estas condiciones la administración de progesterona reduce en un 40% el riesgo de parto prematuro.	6	6	VIGENTE
5. Progesterona: En el examen de las 20-24 sem., si el cervix se encuentra bajo el percentil 5, especialmente si el cuello es menor de 15 mm, se debe administrar progesterona natural micronizada.	6	6	VIGENTE
6. Cerclaje. La aplicación de cerclaje en población asintomática sin antecedentes de parto prematuro y cuello acortado en examen de 20 a 24 semanas, no	6	6	VIGENTE
7. La evidencia actual sugiere que la administración rutinaria de antibióticos en pacientes con RPM de pretérmino está asociada con una prolongación	6	6	VIGENTE
8. Administración de profilaxis esteroideal para complicaciones de la prematuridad.	6	6	VIGENTE

9. En pacientes sin trabajo de parto que tengan indicación de interrupción del embarazo se realizará inducción inmediata del parto. La recomendación de inducir el parto al ingreso de las pacientes se basa en un meta-análisis reciente y un gran estudio randomizado, los cuales muestran que la utilización de esta modalidad se asocia con una menor incidencia de corioamnionitis clínica sin que aumente la tasa de cesáreas. La cesárea queda reservada para los casos con indicaciones obstétricas habituales.	6	6	VIGENTE
10. Varios estudios recientes sugieren que, una vez demostrada la presencia de RPM sobre las 35 semanas, el uso de misoprostol oral (50-100 µg) o intravaginal (50 µg) es un método eficaz y de bajo costo para inducir el trabajo de parto.	5	5	VIGENTE
11. Profilaxis antibiótica intraparto para la sepsis neonatal por Estreptococo del grupo B.	6	6	VIGENTE
12. Se recomienda la administración de sulfato de magnesio en pacientes en que haya fallado la tocolisis y el trabajo de parto progrese.	6	6	VIGENTE
13. Administración de antibióticos en pacientes con RPM de pretérmino (ampicilina 1-2 gramos cada 6 horas+ eritromicina 250-500 mg cada 6 horas)	6	6	VIGENTE

Número de evaluadores: 15