



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: Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido

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 marzo de 2017 y participaron profesionales representantes del Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital Barros Luco, Hospital Padre Hurtado, Hospital San José, Hospital Sotero del Río, Clínica Indisa, Colegio de Químico Farmacéuticos, PUC, SOCHIPE, FONASA, Programa Nacional de Infancia, 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 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue 3 o 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
Toda embarazada, en riesgo de parto prematuro, entre las 24 y 34 semanas de EG, debe recibir corticoides antenatales en ausencia de corioamnionitis.
La dosis única de corticosteroides antenatales consiste en 12 mg IM de betametasona cada 24 horas por dos dosis o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona cada 12 horas
El uso de dosis repetidas de corticosteroides en aquellas embarazadas que no han tenido aún el parto después de siete días no ha demostrado beneficios doble la dosis única
Se recomienda el uso de la terapia antenatal con corticosteroides en embarazos de pretérmino con rotura prematura de membranas a las 24 a 32 semanas de gestación en la ausencia de síntomas clínicos de corioamnionitis
La administración de surfactante profiláctico reduce la incidencia de neumotórax, enfisema intersticial pulmonar y mortalidad cuando se compara con la administración de surfactante una vez establecida la enfermedad de membrana hialina
Se recomienda la administración precoz de surfactante pulmonar a recién nacidos prematuros con SDR
Se recomienda la administración de surfactante pulmonar a recién nacidos con enfermedad de membrana hialina instalada
En recién nacido pretérmino, con peso mayor de 1500 gr, con enfermedad de membrana hialina, el uso de CPAP disminuye la falla respiratoria y mortalidad
La ventilación mecánica convencional, en la enfermedad de membrana hialina, debe considerar CPAP nasal al extubar
La administración de surfactante en el prematuro de alto riesgo de enfermedad de membrana hialina, debe ser precoz, seguida de una ventilación mecánica breve, para extubar rápidamente a CPAP nasal
No se recomienda el uso electivo de ventilación de alta frecuencia en prematuros con enfermedad de membrana hialina
No se recomienda el uso de indometacina profiláctica intravenosa para la prevención de la mortalidad y morbilidad en recién nacidos prematuros.
El uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos ventilados no reduce la colonización endotraqueal, por lo que no es recomendable su uso.
El riesgo de adquirir infecciones por Estafilococo resistente a vancomicina no hace recomendable su uso profiláctico en recién nacidos prematuros
La administración de surfactante pulmonar en el SAM severo, disminuye el riesgo de uso de ECMO
Los niños nacidos de término o cercanos al término con falla respiratoria hipoxémica (IO>20), que no responden a la terapia habitual, se benefician del uso de óxido nítrico inhalado
En RN con enfermedades difusas del parénquima pulmonar (BNM, SAM y SDR) con HPP secundaria e IO > 25 el uso conjunto VAFO y NOi es superior que usarlos por separado
En aquellos RN con insuficiencia respiratoria hipóxica grave que no han respondido a Oxido Nítrico y/o VAFO se benefician del uso de ECMO

El panel de expertos estuvo compuesto por los siguientes profesionales:

1. Dr. Javier Cifuentes Recondo, Médico Pediatra Neonatólogo, Neored, Clínica Indisa.
2. Dra. María Lina Boza, Médico Pediatra Broncopulmonar, Hospital San Borja Arriarán
3. Dr. Francisco Correa Avendaño, Médico Pediatra Neonatólogo, Hospital Barros Luco.
4. Dr. José Novoa, Médico Pediatra Neonatólogo, Hospital Padre Hurtado.
5. Dra. Paulina Toso Milos, Médico Pediatra Neonatólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile
6. Dra. Ana María Sepúlveda, Médico Pediatra Broncopulmonar, Hospital San Borja Arriarán
7. Dra. Patricia Vernal, Médico Pediatra Neonatólogo, Hospital San José
8. Dra. Alejandra Zamorano, Médico Pediatra Broncopulmonar, Hospital Sótero del Río
9. Dra. Mónica Morgues Medina, Médico pediatra Neonatólogo, Hospital San José- SOCHIPE
10. Dra. Patricia Mena, Médico Neontatólogo, Hospital Sótero del Río
11. Dra. Ana María Herrera
12. Dra. Rossana Mamani Jaches
13. Verónica Medina Urrutia, Enfermera, FONASA
14. Paola Pontoni Zuñiga, enfermera, DIVAP, Ministerio de Salud
15. Celina Retamal, Químico Farmacéutico, Colegio de Kinesiólogo de Chile- Hospital de Puerto Montt
16. Luz Cole Wells, Enfermera, Programa Nacional de Infancia, Ministerio de Salud
17. Pamela Gallardo Camus, Enfermera-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. Toda embarazada, en riesgo de parto prematuro, entre las 24 y 34 semanas de EG, debe recibir corticoides antenatales en ausencia de corioamnionitis.	6	6	VIGENTE
2. La dosis única de corticosteroides antenatales consiste en 12 mg IM de betametasona cada 24 horas por dos dosis o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona cada 12 horas	6	6	VIGENTE
3. El uso de dosis repetidas de corticosteroides en aquellas embarazadas que no han tenido aún el parto después de siete días no ha demostrado beneficios doble la dosis única	5	6	VIGENTE
4. Se recomienda el uso de la terapia antenatal con corticosteroides en embarazos de pretérmino con rotura prematura de membranas a las 24 a 32 semanas de gestación en la ausencia de síntomas clínicos de corioamnionitis	6	6	VIGENTE
5. La administración de surfactante profiláctico reduce la incidencia de neumotórax, enfisema intersticial pulmonar y mortalidad cuando se compara con la administración de surfactante una vez establecida la enfermedad de membrana hialina	6	5	VIGENTE
6. Se recomienda la administración precoz de surfactante pulmonar a recién nacidos prematuros con SDR	5,5	5,5	VIGENTE
7. Se recomienda la administración de surfactante pulmonar a recién nacidos con enfermedad de membrana hialina instalada	6	6	VIGENTE
8. En recién nacido pretérmino, con peso mayor de 1500 gr, con enfermedad de membrana hialina, el uso de CPAP disminuye la falla respiratoria y mortalidad	6	6	VIGENTE
9. La ventilación mecánica convencional, en la enfermedad de membrana hialina, debe considerar CPAP nasal al extubar	6	6	VIGENTE
10. La administración de surfactante en el prematuro de alto riesgo de enfermedad de membrana hialina, debe ser precoz, seguida de una ventilación mecánica breve, para extubar rápidamente a CPAP nasal	6	6	VIGENTE
11. No se recomienda el uso electivo de ventilación de alta frecuencia en prematuros con enfermedad de membrana hialina	6	6	VIGENTE
12.- No existe evidencia del beneficio de la reparación quirúrgica precoz o tardía de la Hernia Diafragmática Congénita	3,5	3	NO VIGENTE
13. No se recomienda el uso de indometacina profiláctica intravenosa para la prevención de la mortalidad y morbilidad en recién nacidos prematuros.	6	6	VIGENTE
14.- En la mayoría de las UCI neonatales las infecciones estafilococicas son resistentes a meticilina, por lo que los pacientes con sospecha de infección tardía debe recibir vancomicina dentro de su esquema antibiótico.	3	3	NO VIGENTE

15. El uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos ventilados no reduce la colonización endotraqueal, por lo que no es recomendable su uso.	6	6	VIGENTE
16. El riesgo de adquirir infecciones por Estafilococo resistente a vancomicina no hace recomendable su uso profiláctico en recién nacidos prematuros	6	6	VIGENTE
17. La administración de surfactante pulmonar en el SAM severo, no disminuye la morbimortalidad	3	3	NO VIGENTE
18. La administración de surfactante pulmonar en el SAM severo, disminuye el riesgo de uso de ECMO	5,5	5,5	VIGENTE
19. Los niños nacidos de término o cercanos al término con falla respiratoria hipoxémica (IO>20), que no responden a la terapia habitual, se benefician del uso de óxido nítrico inhalado	6	6	VIGENTE
20. En RN con enfermedades difusas del parénquima pulmonar (BNM, SAM y SDR) con HPP secundaria e IO > 25 el uso conjunto VAFO y NOi es superior que usarlos por separado	6	6	VIGENTE
21. En aquellos RN con insuficiencia respiratoria hipóxica grave que no han respondido a Oxido Nítrico y/o VAFO se benefician del uso de ECMO	6	6	VIGENTE

Número de evaluadores: 15