



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 “Retinopatía del 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 de preguntas clínicas de la Guía de Práctica Clínica GES “Retinopatía del Prematuro”, 2017.

La formulación de preguntas se realizó en julio de 2017, en una reunión presencial en dependencias de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

Los participantes definieron las siguientes 7 preguntas, utilizando el formato PIC (Población, Intervención, Comparación).

- 1.- ¿En recién nacidos menores de 32 semanas o menores de 1500 g sin diagnóstico de retinopatía del prematuro, se debe detener el tamizaje de búsqueda de retinopatía del prematuro (examen de fondo de ojo) cuando se comprueba vascularización normal en zona III y cumplidas las 37 semanas de EGC, en comparación a repetir el examen de fondo de ojo hasta la vascularización total de la retina cumplidas las 45 semanas de EGC?
- 2.- ¿En recién nacidos menores de 32 semanas o menores de 1500 g sin retinopatía del prematuro diagnosticada, se debe agregar al tamizaje la retinografía digital para diagnóstico?

por telemedicina por oftalmólogo, en lugar de realizar tamizaje exclusivamente con oftalmoscopia indirecta por oftalmólogo?

- 3.- ¿En recién nacidos menores de 32 semanas o menores de 1500g sin retinopatía del prematuro diagnosticada, se debe agregar al tamizaje con oftalmoscopia indirecta la retinografía digital para registro, en lugar de realizar tamizaje exclusivamente con oftalmoscopia indirecta por oftalmólogo?
- 4.- ¿En recién nacidos menores de 32 semanas o menores de 1500g con retinopatía del prematuro diagnosticada en cualquier estadio con enfermedad plus, estadio 3 en zona I sin plus y estadio 3 en zona II con enfermedad plus, se debe realizar panfotocoagulación laser retinal, en lugar de no tratar?
- 5.- ¿En recién nacidos menores de 32 semanas o menores de 1500g con retinopatía del prematuro diagnosticada con necesidad de tratamiento en zona I, retinopatía agresiva posterior y condiciones clínicas que impidan el uso de láser, se debe usar anti angiogénicos intra vítreos, en lugar de hacer panfotocoagulación laser retinal?
- 6.- ¿En pacientes con retinopatía de los prematuros tratados con cualquier técnica, se debe realizar seguimiento con examen oftalmológico y estudio sensoriomotor hasta los 8 años, en comparación a seguimiento con examen oftalmológico y estudio sensoriomotor hasta los 2 años solamente?
- 7.- ¿En recién nacidos menores de 32 semanas o menores de 1500g con retinopatía del prematuro etapa 3 en cualquier zona o cualquier etapa en zona I, se debe realizar control semanal con oftalmoscopia indirecta o retinografía digital, en comparación a contro, cada 2 semanas o más con oftalmoscopia indirecta o retinografía digital?

Participaron en la formulación de las preguntas los siguientes profesionales:

1. Dra. Monica Morgues, Médico pediatra Neonatólogo, Hospital San José- SOCHIPE
2. Dr. Diego Ossandon, Médico Oftalmólogo, Hospital Roberto del Río, Sociedad Chilena de Oftalmología.
3. Dr. Tomás Rojas, Hospital San Juan de Dios, Sociedad Chilena de Oftalmología.
4. Srta. Luz Cole, Enfermera, Programa Nacional de Infancia, Departamento Ciclo Vital, MINSAL.