



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE  
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS

## **RESUMEN EJECUTIVO**

# Guía de Práctica Clínica Prevención del Parto Prematuro 2017

**Este documento contiene las recomendaciones y un resumen de la metodología utilizada en la Guía de Práctica Clínica “Prevención del Parto Prematuro” 2017, dirigido a los EQUIPOS DE SALUD.**

DICIEMBRE 2017



**VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Prevención del Parto Prematuro 2017 en:**

**<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>**

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En embarazadas menores de 16 semanas de edad gestacional con aumento de riesgo de parto prematuro por indicación médica, el Ministerio de Salud RECOMIENDA USAR aspirina (100-150 mg) por sobre no utilizarla.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La definición de aumento del riesgo de parto prematuro que se utilice para aplicar esta recomendación debe <u>considerar los siguientes antecedentes de las 11-14 SEMANAS</u> si están disponibles:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>Clínicas</i></b>, tales como <i>pre eclampsia o restricción de crecimiento intrauterino en embarazo previo, enfermedades renales, trombofilias, índice masa corporal elevado, aumento de la presión arterial, etc.</i></li> <li>- <b><i>Biofísicas</i></b>, tales como <i>el aumento de resistencia de arterias uterinas y <u>presión arterial media</u>.</i></li> <li>- <b><i>Bioquímicas</i></b>, tales como <i>factor de crecimiento placentario o Proteína plasmática asociada al embarazo.</i></li> </ul> </li> </ul>	<b>FUERTE</b>	<b>MODERADA</b> ⊕ ⊕ ⊕ ○
<p>2. En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional asintomáticas con cérvix menor de 25 mm (medido por ultrasonido vaginal), el Ministerio de Salud RECOMIENDA USAR progesterona vaginal por sobre no utilizarla.</p>	<b>FUERTE</b>	<b>MODERADA</b> ⊕ ⊕ ⊕ ○
<p>3. En embarazadas de 20+0 a 24+6 semanas de edad gestacional, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR cervicometría por sobre no utilizarla.</p>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>BAJA</b> ⊕ ⊕ ○ ○

<p>4. En embarazadas con rotura prematura de membranas entre 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional, el Ministerio de Salud SUGIERE interrupción del embarazo por sobre manejo expectante.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El panel enfatiza que el manejo expectante es una conducta aceptable cuando es posible monitorizar cercanamente a la paciente en un centro de alta complejidad.</i></li> <li>- <i>Los resultados de estudios randomizados muestra que la interrupción precoz se asocia a riesgo de síndrome de dificultad respiratoria neonatal y de necesidad de ventilación (certeza moderada). El manejo expectante, por su parte, se asocia a mayor riesgo de corioamnionitis (certeza moderada). La evidencia disponible no muestra un efecto significativo de ninguna de las dos conductas sobre la mortalidad perinatal (certeza moderada).</i></li> <li>- <i>La decisión final de interrumpir o realizar un manejo expectante debe considerar estos potenciales efectos así como la disponibilidad de una unidad de neonatología capaz de manejar al recién nacido. Si la paciente y el equipo clínico eligen manejo expectante, se debe monitorizar la aparición de signos de corioamnionitis, oligoamnios u otra causa de interrupción del embarazo.</i></li> <li>- <i>El manejo expectante corresponde a la extensión hasta las 37 semanas de las medidas recomendadas en la Guía Perinatal 2015 para el manejo en los embarazos menores de 34 semanas con rotura prematura de membranas.</i></li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MODERADA</b></p> <p>⊕⊕⊕○</p>
<p>5. En embarazadas con historia de parto prematuro idiopático menor de 34 semanas de edad gestacional, el Ministerio de Salud RECOMIENDA USAR progesterona vaginal diaria desde las 16 semanas por sobre no utilizarla.</p>	<p><b>FUERTE</b></p>	<p><b>ALTA</b></p> <p>⊕⊕⊕⊕</p>

Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE.

## 1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca de la prevención primaria, secundaria y terciaria del parto prematuro.

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Prevención primaria, secundaria y terciaria del parto prematuro en embarazadas que reciben atención en el nivel primario, secundario y terciario de salud en el sector público y privado de salud.

**Usuarios de la Guía:** Todos los profesionales de salud con responsabilidades con embarazadas para la prevención del parto prematuro: médicos gineco-obstetras, médicos generales, matronas/es del nivel primario, secundario y terciario de atención.

## 2. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **Equipo Elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, pacientes.

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2017](#)

Inicialmente el Panel de Expertos realizó la **Evaluación de la Vigencia de las Recomendaciones de la Guía anterior**.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2010](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la Actualización**. El Panel de Expertos, junto con el Coordinador Temático y Asesores Metodológicos plantearon todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. A través de una encuesta enviada a cada integrante del Panel de Expertos se evaluaron las potenciales preguntas, priorizándose aquellas con mayor puntaje promedio.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2017](#)

### Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE)<sup>1</sup>. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia, para finalmente generar las recomendaciones a través del juicio del Panel de Expertos.

Se utilizaron 3 estrategias de **Búsqueda y Síntesis de Evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF).
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda Sistemática de Evidencia de los efectos](#)

---

<sup>1</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

- ▶ [deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)
- ▶ Ver más detalle en [Informe de Síntesis de la Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)
- 2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de evidencia de valores y preferencias de los pacientes - Guía 2017](#)
- 3. Costos y Evaluaciones de costo efectividad de la intervención versus comparación
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de costo-efectividad de los pacientes - Guía 2017](#)

La **Formulación de las Recomendaciones** la realizó el Panel de Expertos, quienes consideraron su experiencia clínica o personal y la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos.

Para asegurar la **Vigencia de las Recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas. Así, cada vez que se publique nueva evidencia pertinente a las recomendaciones de esta Guía, se incorporará a la síntesis de evidencia, pudiendo o no modificar la recomendación.

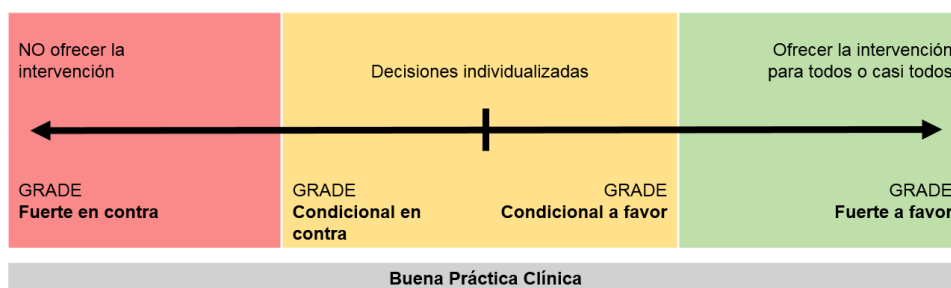
- ▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Prevención del Parto Prematuro 2017 completas](#).

### 3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

#### Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera por los clínicos:

**FUERTE:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en TODOS o en casi todos los casos. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación. Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** de la intervención o **Fuerte en Contra**.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias. Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** de la intervención o **Condicional en Contra**.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la calidad de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos. Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## Calidad de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Calidad	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de calidad alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja calidad los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la calidad de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la calidad de la evidencia**, si existen: limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en calidad de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).