



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

RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica Displasia Broncopulmonar del Prematuro 2017

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

DICIEMBRE 2017



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Displasia Broncopulmonar del 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 CLÍNICA DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO. SANTIAGO: MINSAL.

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

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En recién nacidos prematuros en riesgo (menores de 32 semanas o 1500g), el Ministerio de Salud SUGIERE USAR corticoides sistémicos luego de la primera semana de vida por sobre no utilizarlos.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La indicación de corticoides debe considerar la situación clínica particular de cada paciente y los valores y preferencias de sus padres. Los pacientes que permanecen conectados a ventilación mecánica invasiva después de los 7 días intubados sin otras causas que la justifiquen, son los que pueden beneficiarse del uso de corticoides.</i> 	CONDICIONAL	<p>MODERADA</p> <p>⊕⊕⊕○</p>
<p>2. En recién nacidos prematuros con ductus abierto, el Ministerio de Salud SUGIERE NO USAR el cierre terapéutico quirúrgico o farmacológico de rutina.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Esta decisión requiere considerar los beneficios y riesgos en cada situación individual y una adecuada comunicación de los hospitales pediátricos y los centros de derivación. Pacientes con repercusión hemodinámica del ductus pueden beneficiarse del cierre terapéutico farmacológico. Pacientes que persisten con ductus abierto y compromiso hemodinámico pese al tratamiento farmacológico pueden beneficiarse del cierre quirúrgico.</i> 	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> <p>⊕⊕○○</p>
<p>3. En recién nacidos prematuros en riesgo de apnea, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR aminofilina o teofilina en vez de cafeína.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Esta recomendación toma en cuenta que el precio de la presentación original de la cafeína endovenosa es considerablemente más alto que la de aminofilina o teofilina.</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕○○○</p>
<p>4. En recién nacidos prematuros con displasia broncopulmonar e hipertensión pulmonar, el Ministerio de Salud sugiere utilizar tratamiento farmacológico de la hipertensión pulmonar por sobre no realizarlo.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La alta morbimortalidad de la condición asociado a la ausencia de tratamiento alternativo justifica una prueba terapéutica con fármacos.</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕○○○</p>

Continúa

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>5. En recién nacidos prematuros de 40 a 50 semanas de edad corregida con displasia broncopulmonar en ventilación mecánica, el Ministerio de Salud sugiere realizar traqueotomía por sobre mantenerlos con intubación orofaríngea.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La traqueotomía pudiera permitir la transición a unidades de manejo de pacientes crónicos respiratorios e incluso a su hogar. Sin embargo, es necesario asegurar un manejo integral de estos pacientes.</i> 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</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 respecto a la prevención y manejo de la displasia broncopulmonar en niños prematuros (menos de 1.500 gramos y/o menores de 32 semanas de gestación).

Tipo de pacientes y escenario clínico: Recién nacidos prematuros (de menos de 1.500 gramos y/o menores de 32 semanas de gestación), en riesgo o con displasia broncopulmonar que reciben atención en el nivel secundario y terciario de salud en el sector público y privado.

Usuarios de la Guía: Todos los profesionales de salud con responsabilidades en niños prematuros (menos de 1.500 gramos y/o menores de 32 semanas de gestación):

- Médicos pediatras, neonatólogos, broncopulmonares, matronas del nivel secundario y terciario.
- Médicos y matronas de atención primaria que atienden recién nacidos prematuros.

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 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)¹. 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 deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)

¹ 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>

- ▶ 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 “[Displasia Broncopulmonar del Prematuro 2017](#)” completa.

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](#).