



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL PARTO
PRETÉRMINO**

ANEXOS

GPC N° 20

Diciembre 2018

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Fiorella Molinelli Aristondo

Presidenta Ejecutiva, EsSalud

Alfredo Barredo Moyano

Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI

Patricia Pimentel Álvarez

Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Fabián Fiestas Saldarriaga

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Joshi Rosa Magaly Acosta Barriga

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Hector Miguel Garavito Farro

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Raúl Timaná Ruiz

Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Omar Fernando Yanque Robles, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Jorge Eduardo Arroyo Campuzano, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- César Hugo Rosales Carrillo, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Jorge Alberto Mucho Lara, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Raúl César Alegría Guerrero, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Martina Leonila Zegarra Linares, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Marisol Olga Ramírez Linares, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Ana Cecilia Lino Salazar, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Pablo Ricardo Moreno Martínez, Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, EsSalud
- Daniel Serafín Ramos Espinoza, Hospital III Suárez Angamos, EsSalud
- Manuel Alejandro Caballero Noriega, Hospital III Suárez Angamos, EsSalud
- Gastón Chumbipuna Salsavilca, Hospital de Emergencias III Grau, EsSalud
- Jessica Zafra Tanaka, IETSI, EsSalud
- Alvaro Taype Rondán, IETSI, EsSalud
- Larissa Otero Vegas, consultor externo
- Alberto Martín Guerra García Campos, consultor externo
- Stefany Salvador Salvador, IETSI, EsSalud
- Raúl Alonso Timaná Ruiz, IETSI, EsSalud

Revisor Clínico Gineco Obstetra

Dr. Enrique Damián Gil Guevara, Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Director médico del Instituto Peruano de Medicina y Cirugía Fetal. Máster en Medicina Fetal, Kings College London. Diplomado en investigación, Harvard T. H. Chan School of Public Health.

Revisor Clínico Neonatólogo

Dr. Max Robert Roetter Palomino. Médico Pediatra Neonatólogo del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

Revisor Externo

José Carlos Pacheco Romero, Doctor en Medicina, Especialista en Obstetricia y Ginecología. Docente extraordinario experto, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Coordinador del grupo de Investigación en Medicina y Genética molecular materno perinatal, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Director de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Past Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG); Sociedad Peruana de Fertilidad Matrimonial; Red Peruana de Perinatología.

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés financiero y no financiero, con relación a los temas descritos en el presente documento.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, de Perú.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino: Anexos. Lima: EsSalud; 2018”.

Datos de contacto

Raúl Timaná Ruiz

Correo electrónico: raul.timana@essalud.gob.pe – rtimananar@gmail.com

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

Tabla de Contenido

Anexo N° 1: Preguntas PICO y clasificación de desenlaces	6
Anexo N° 2: Actualización de la búsqueda	17
Anexo N° 3: Tablas de evaluación de la calidad	34
Anexo N° 4: Tablas de perfil de evidencias GRADE	45

Anexo N° 1: Preguntas PICO y clasificación de desenlaces

Pregunta 1. En gestantes con riesgo de PPT, ¿se debería usar progesterona o cerclaje como prevención secundaria?

PICO 1: progesterona	
Población	Gestantes con riesgo de PPT
Intervención / Comparador	Progesterona / placebo o no tratamiento
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de PPT • Muerte neonatal o perinatal
Outcomes importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Pirexia de la gestante • Riesgo de requerir ventilación asistida • Distrés respiratorio • Ventilación asistida • Enterocolitis necrotizante • Sepsis neonatal • Hemorragia intraventricular
PICO 2: Cerclaje	
Población	Gestantes con riesgo de PPT
Intervención / Comparador	Cerclaje / placebo o no tratamiento
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de PPT • Muerte neonatal o perinatal
Outcomes importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Pirexia de la gestante • Distrés respiratorio • Hemorragia intraventricular • Enterocolitis necrotizante • Retinopatía • Ruptura prematura de membranas • Eventos adversos maternos (descarga vaginal, sangrado, y fiebre que no requiere antibióticos)

Pregunta 2. En gestantes en las que se sospeche de ruptura prematura de membranas pretérmino, ¿qué prueba se debería usar para realizar el diagnóstico?

Población	Gestantes con sospecha de PPT
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none">• PAMG-1• IGFBP-1• AFP
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad para ruptura prematura de membranas• Especificidad para ruptura prematura de membranas

Pregunta 3. En gestantes en labor de PPT, ¿se debería brindar antibióticos profilácticos antes del parto?

PICO 1: Gestantes con membranas intactas	
Población	Gestantes en labor de PPT con membranas intactas
Intervención / Comparador	Brindar antibiótico / no brindar antibiótico
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte neonatal • Muerte perinatal • Óbito fetal • Mortalidad infantil • Infección materna
Outcomes importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Prolongación de la gestación • Efectos adversos maternos • Peso promedio al nacer • Riesgo de peso inferior a 2500 gr • Admisión a unidad de cuidado especial o intensivo neonatal • Discapacidad funcional del niño
PICO 2: Gestantes con RPM	
Población	Gestantes en labor de PPT con RPM
Intervención / Comparador	Brindar antibiótico / no brindar antibiótico
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte materna • Muerte perinatal • Infección materna
Outcomes importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía del RN • Hemocultivo positivo • Anormalidades cerebrales mayores • Síndrome de distrés respiratorio • Enterocolitis necrotizante • Necesidad de ventilación mecánica • Ingreso a UCI en RN y del niño • Prolongación de la gestación • Efectos adversos
PICO 3: Comparación de regímenes de tratamiento antibiótico	
Población	Gestantes con riesgo de PPT
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilinas • Beta lactámicos • Macrólidos
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte perinatal
Outcomes importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Pirexia de la gestante • Distrés respiratorio • Hemorragia intraventricular • Enterocolitis necrotizante • Retinopatía • Ruptura prematura de membranas • Eventos adversos maternos (descarga vaginal, sangrado, y fiebre que no requiere antibióticos)

Pregunta 4. En gestantes con membranas intactas y síntomas de labor de PPT, ¿cuál es la precisión diagnóstica de las pruebas para diagnosticar labor de PPT?

Población	Gestantes con membranas intactas y síntomas de labor de PPT
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none">• Longitud cervical• Fibronectina
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidad para predecir PPT• Especificidad para predecir PPT

Pregunta 5. ¿Cuál es la efectividad clínica del uso de corticoesteroides para maduración fetal pulmonar para mejorar desenlaces maternos y neonatales?

PICO 1: corticoides para maduración fetal	
Población	Gestantes con sospecha de PPT
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoesteroides / Placebo o no tratamiento
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte perinatal • Muerte neonatal • Muerte fetal • Síndrome de distrés respiratorio • Hemorragia intraventricular • Enterocolitis necrotizante • Muerte materna • Corioamnionitis • Endometritis
Outcomes importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a la glucosa
PICO 2: corticoides en gestantes con corioamnionitis	
Población	Gestantes con sospecha de PPT y corioamnionitis
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoesteroides / Placebo o no tratamiento
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte neonatal
PICO 3: corticoides en gestantes sometidas a cesárea	
Población	Gestantes con sospecha de PPT que serán sometidas a cesárea
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoesteroides / Placebo o no tratamiento
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Admisión a unidad de cuidados intensivos • Síndrome de distrés respiratorio
PICO 4: Tipos de corticoides y esquemas de uso	
Población	Gestantes con sospecha de PPT
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de corticoides (betametasona o dexametasona) • Vías de uso (vía oral o IM))
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte neonatal • Prolongación de la gestación • Sepsis neonatal
PICO 5: Ciclos repetidos de corticoides	
Población	Gestantes con sospecha de PPT
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos repetidos de corticoides / cursos únicos de corticoides
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte perinatal • Muerte fetal • Prolongación de la gestación • Infección materna • Efectos adversos maternos

Pregunta 6. ¿Cuál es la efectividad clínica del sulfato de magnesio a mujeres en riesgo de PPT para prevenir parálisis cerebral y otros desórdenes neurológicos en niños nacidos pretérmino?

Población	Gestantes en riesgo de PPT
Intervención / Comparador	<ul style="list-style-type: none"> • Sulfato de magnesio endovenoso / Placebo o no tratamiento
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis cerebral • Óbito fetal • Hemorragia intracraneal • Leucomalacia peri ventricular • Disfunción motora severa a largo plazo • Retraso en el desarrollo o dificultad en visión o audición • Efectos adversos

Pregunta 7. ¿Cuál es la efectividad clínica de los tocolíticos en mujeres con labor de PPT sospechado o confirmado para mejorar desenlaces maternos y neonatales?

Población	Gestantes con labor de PPT sospechado o confirmado
Intervención / Comparador	Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Betamiméticos • Inhibidores de prostaglandinas • Bloqueadores de canales de calcio • Sulfato de magnesio • Bloqueadores de receptores de oxitocina Comparador: placebo o no tratamiento
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasar el parto por 48 horas • Síndrome de distrés respiratorio • Mortalidad neonatal • Eventos adversos severos

Pregunta 8. En mujeres con sospecha o diagnóstico de labor de PPT (sin una indicación de cesárea), ¿se debería indicar la realización de cesárea o de parto vaginal?

Población	Gestantes con sospecha o diagnóstico de labor de PPT
Intervención / Comparador	Cesárea / parto vaginal
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none">• Retrasar el parto por 48 horas• Síndrome de distrés respiratorio• Mortalidad neonatal• Eventos adversos severos

Pregunta 9. En el RN PT, ¿se debería realizar un clampaje tardío del cordón umbilical?

Población	RN PT
Intervención / Comparador	Clampaje tardío / No clampaje tardío
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none">• Mortalidad infantil• Hemorragia interventricular• Requerir transfusión sanguínea• Hematocrito• Riesgo de requerir ventilación mecánica para síndrome de distrés respiratorio• Hiperbilirrubinemia• Hemorragia intraventricular severa• Puntaje Apgar

Pregunta 10. En RN PT con síndrome de distrés respiratorio, ¿se debería usar terapia con presión positiva continua?

Población	RN PT con síndrome de distrés respiratorio
Intervención / Comparador	Terapia con presión positiva continua / Terapia solo con oxígeno
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte neonatal • Falla respiratoria que necesita ventilación asistida • Fugas de aire • Necesidad de terapia surfactante • Riesgo de displasia broncopulmonar

Pregunta 11. En RN PT nacidos antes de las 32 semanas, ¿cuál es la terapia con oxígeno óptima?

Población	RN PT nacidos antes de las 32 semanas
Intervención / Comparador	Terapia de oxígeno baja / Terapia de oxígeno alta
Outcomes críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte neonatal • Riesgo de DBP • Retinopatía • Prematuridad • Enterocolitis necrotizante • Hemorragia intraventricular severa • Alcanzar el objetivo en la saturación de oxígeno 10 minutos después del nacimiento • Duración de ventilación mecánica o necesidad de intubación endotraqueal durante la resucitación

Anexo N° 2: Actualización de la búsqueda

Pregunta 1. En gestantes con riesgo de PPT, ¿se debería usar progesterona o cerclaje como prevención secundaria?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 16 de junio del 2013 al 30 de agosto del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

PICO 1: Progesterona:

	Search	Query
Término final	#1 AND #2 AND #3	(progestin*[TIAB] OR progestogen*[TIAB] OR progestagen*[TIAB] OR progestational*[TIAB] OR gestagen*[TIAB] OR progestins[MeSH] OR progesterone[MeSH] OR progesteron*[TIAB]) AND (Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR ((uterine contraction*[TIAB] OR cervical ripening*[TIAB] OR labor onset[TIAB]) AND (preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR premature*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]))) OR uterine cervical incompetence[MeSH] OR ((cervix[TIAB] OR cervical[TIAB]) AND (incompeten*[TIAB] OR insuficien*[TIAB]))) AND ((randomized controlled trial[PT] OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Tipo de publicación	#3	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR ((uterine contraction*[TIAB] OR cervical ripening*[TIAB] OR labor onset[TIAB]) AND (preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR premature*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]))) OR uterine cervical incompetence[MeSH] OR ((cervix[TIAB] OR cervical[TIAB]) AND (incompeten*[TIAB] OR insuficien*[TIAB]))
Intervención	#1	progestin*[TIAB] OR progestogen*[TIAB] OR progestagen*[TIAB] OR progestational*[TIAB] OR gestagen*[TIAB] OR progestins[MeSH] OR progesterone[MeSH] OR progesteron*[TIAB]

PICO 2: Cerclaje:

	Search	Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	(cerclage*[TIAB] OR uterine cervix cerclage[MeSH] OR cerclage, cervical[MeSH] OR ((cervix*[TIAB] OR cervical*[TIAB]) AND (stitch*[TIAB] OR sutur*[TIAB]))) AND (Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR ((uterine contraction*[TIAB] OR cervical ripening*[TIAB] OR labor onset[TIAB]) AND (preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR premature*[TIAB] OR pre matur*[TIAB])) OR uterine cervical incompetence[MeSH] OR ((cervix[TIAB] OR cervical[TIAB]) AND (incompeten*[TIAB] OR insuficien*[TIAB]))) AND ((randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Tipo de publicación	#3	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR ((uterine contraction*[TIAB] OR cervical ripening*[TIAB] OR labor onset[TIAB]) AND (preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR premature*[TIAB] OR pre matur*[TIAB])) OR uterine cervical incompetence[MeSH] OR ((cervix[TIAB] OR cervical[TIAB]) AND (incompeten*[TIAB] OR insuficien*[TIAB]))
Intervención	#1	cerclage*[TIAB] OR uterine cervix cerclage[MeSH] OR cerclage, cervical[MeSH] OR ((cervix*[TIAB] OR cervical*[TIAB]) AND (stitch*[TIAB] OR sutur*[TIAB]))

Flujograma de selección de artículos

PICO 1: Progesterona

- Citaciones identificadas: 221
- Citaciones evaluadas a texto completo: 2
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 2
 - RS de Romero 2016
 - ECA de Norman (OPPTIMUM) 2016

PICO 2: Cerclaje

- Citaciones identificadas: 111
- Citaciones evaluadas a texto completo: 1
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 1
 - ECA de Otsuki 2016

Pregunta 2. En gestantes en las que se sospeche de ruptura prematura de membranas pretérmino, ¿qué prueba se debería usar para realizar el diagnóstico?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Estudios diagnósticos, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 8 de marzo del 2015 al 30 de agosto del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

Search		Query
Términos finales	#1 AND #2	(PAMG-1 test[TIAB] OR IGFBP-1 test[TIAB] OR PAMG-1 PROM test[TIAB] OR IGFBP-1 PROM test[TIAB] OR placental alpha microglobulin-1 PROM test[TIAB] OR insulin-like factor binding protein-1 PROM test[TIAB] OR AmniSure[TIAB] OR Actim PROM[TIAB] OR fibronectine[TIAB] OR FFN[tiab] OR "FFN protein, human" [Supplementary Concept] OR biochemical marker[TIAB]) AND (Preterm premature rupture of membranes[TIAB] OR PPROM[TIAB] OR "Preterm Premature Rupture of the Membranes" [Supplementary Concept] OR "premature rupture of membranes"[TIAB] OR Fetal Membranes, Premature Rupture[MeSH Terms])
Población	#2	(Preterm premature rupture of membranes[TIAB] OR PPROM[TIAB] OR "Preterm Premature Rupture of the Membranes" [Supplementary Concept] OR "premature rupture of membranes"[TIAB] OR Fetal Membranes, Premature Rupture[MeSH Terms])
Intervención	#1	(PAMG-1 test[TIAB] OR IGFBP-1 test[TIAB] OR PAMG-1 PROM test[TIAB] OR IGFBP-1 PROM test[TIAB] OR placental alpha microglobulin-1 PROM test[TIAB] OR insulin-like factor binding protein-1 PROM test[TIAB] OR AmniSure[TIAB] OR Actim PROM[TIAB] OR fibronectine[TIAB] OR FFN[tiab] OR "FFN protein, human" [Supplementary Concept] OR biochemical marker[TIAB])

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 65
- Citaciones evaluadas a texto completo: 3
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 3
 - RS de Palacio 2014
 - Estudio observacional de Eleje 2017
 - Estudio observacional de Khooshideh 2015

Pregunta 3. En gestantes en labor de PPT, ¿se debería brindar antibióticos profilácticos antes del parto?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo Nº 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 03 de octubre del 2013 al 15 de diciembre del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

Search		Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	(Cephalosporins[MeSH Terms] OR Macrolides[MeSH Terms] OR Penicillins[MeSH Terms] OR (amikacin OR anikin) OR (amoxicillin OR amix OR amorim OR amoxil OR glenamoy) OR (ampicillin OR ampicillin OR penbritin OR rimatil) OR (cefazolin OR cephalozin) OR (cefuroxime OR cefuroxime OR ceporex OR reflex) OR (clindamycin OR dalacin OR clindamycin) OR (co amoxiclav OR co amoxiclav OR amoxiclav OR amoxiclav OR augmentin) OR (erythromycin OR eucmax OR erythrocin OR erythroid OR primaquine OR dilworth) OR (gentamicin OR cidomycin OR gentamicin) OR (metronidazole OR flagyl OR methomyl OR orzol OR vaginal) OR (mezlocillin OR mezlocillin OR benzylpenicil* OR crystagen OR piperacillin) OR (sulbactam OR sultamicillin) OR Antibiotic prophylaxis[MeSH Terms] OR (antibiotic*[TIAB] OR antibiotic*[TIAB] OR anti bacter*[TIAB] OR antibacter*[TIAB] OR antibiotherap*[TIAB] OR antibiotherap*[TIAB] OR anti mycobacteri*[TIAB] OR anti microb*[TIAB] OR antimicrob*[TIAB] OR bacteriocid*[TIAB] OR bacteriostatic*[TIAB])) AND (Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR Preterm premature rupture of membranes[TIAB] OR PPROM[TIAB] OR "Preterm Premature Rupture of the Membranes" [Supplementary Concept] OR "premature rupture of membranes"[TIAB] OR Fetal Membranes, Premature Rupture[MeSH Terms]) AND ((randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Población	#3	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR Preterm premature rupture of membranes[TIAB] OR PPROM[TIAB] OR "Preterm Premature Rupture of the Membranes" [Supplementary Concept] OR "premature rupture of membranes"[TIAB] OR Fetal Membranes, Premature Rupture[MeSH Terms]
Intervención	#2	Cephalosporins[MeSH Terms] OR Macrolides[MeSH Terms] OR Penicillins[MeSH Terms] OR (amikacin OR anikin) OR (amoxicillin OR amix OR amorim OR amoxil OR glenamoy) OR (ampicillin OR ampicillin

		OR penbritin OR rimatil) OR (cefazolin OR cephalosporin) OR (cefuroxime OR cefuroxime OR ceporex OR reflex) OR (clindamycin OR dalacin OR clindamycin) OR (co amoxiclav OR co amoxiclav OR amoxiclav OR amoxiclav OR augmentin) OR (erythromycin OR eucmax OR erythrocin OR erythroid OR primaquine OR dilworth) OR (gentamicin OR cidomycin OR gentamicin) OR (metronidazole OR flagyl OR methomyl OR orzol OR vaginal) OR (mezlocillin OR mezlocillin OR benzylpenicil* OR crystagen OR piperacillin) OR (sulbactam OR sultamicillin) OR Antibiotic prophylaxis[MeSH Terms] OR (antibiotic*[TIAB] OR antibiotic*[TIAB] OR anti bacter*[TIAB] OR antibacter*[TIAB] OR antibiotherap*[TIAB] OR antibiotherap*[TIAB] OR anti mycobacteri*[TIAB] OR anti microb*[TIAB] OR antimicrob*[TIAB] OR bacteriocid*[TIAB] OR bacteriostatic*[TIAB])
Tipo de publicación	#1	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 732
- Citaciones evaluadas a texto completo: 3
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 3
 - RS de Saccone 2015
 - RS de Wojcieszek 2014
 - RS de Thinkhamprop 2015

Pregunta 4. En gestantes con membranas intactas y síntomas de labor de PPT, ¿cuál es la precisión diagnóstica de las pruebas para diagnosticar labor de PPT?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 8 de marzo del 2015 al 27 de agosto del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

Search		Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	((diagnosis[tiab] OR prediction[tiab]) AND (fibronectine[tiab] OR FFN[tiab] OR "FFN protein, human" [Supplementary Concept] OR "cervical length"[tiab] OR "Cervical Length Measurement"[Mesh] OR IGFBP1 protein, human[Supplementary Concept] OR pIGFBP-1[tiab])) AND (Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]) AND systematic[sb]
Tipo de estudio	#3	systematic[sb]
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]
Intervención	#1	((diagnosis[tiab] OR prediction[tiab]) AND (fibronectine[tiab] OR FFN[tiab] OR "FFN protein, human" [Supplementary Concept] OR "cervical length"[tiab] OR "Cervical Length Measurement"[Mesh] OR IGFBP1 protein, human[Supplementary Concept] OR pIGFBP-1[tiab]))

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 17
- Citaciones evaluadas a texto completo: 1
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 1
 - RS de Boots 2014

Pregunta 5. ¿Cuál es la efectividad clínica del uso de corticoesteroides para maduración fetal pulmonar para mejorar desenlaces maternos y neonatales?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 17 de febrero del 2016 al 6 de diciembre del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

Search		Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	(Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]) AND (betamethasone[TIAB] OR dexamethasone[TIAB] OR hydrocortisone[TIAB] OR corticoid*[TIAB]) AND ((randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Tipo de publicación	#3	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]
Intervención	#1	betamethasone[TIAB] OR dexamethasone[TIAB] OR hydrocortisone[TIAB] OR corticoid*[TIAB]

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 40
- Citaciones evaluadas a texto completo: 1
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 1
 - RS de Roberts 2017

Pregunta 6. ¿Cuál es la efectividad clínica del sulfato de magnesio a mujeres en riesgo de PPT para prevenir parálisis cerebral y otros desórdenes neurológicos en niños nacidos pretérmino?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 8 de marzo del 2015 al 2 de octubre del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

	Search	Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	(magnesium sulfate[MeSH Terms] OR magnesium sulfate[TIAB] OR magnesium sulphate[TIAB] OR MgSO*[TIAB] OR magnesium) AND (Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]) AND ((randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Tipo de publicación	#3	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]
Intervención	#1	(magnesium sulfate[MeSH Terms] OR magnesium sulfate[TIAB] OR magnesium sulphate[TIAB] OR MgSO*[TIAB] OR magnesium)

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 83
- Citaciones evaluadas a texto completo: 3
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 3
 - ECA de Hirtz 2015
 - ECA de Turitz 2016
 - ECA de Drassinower 2015

Pregunta 7. ¿Cuál es la efectividad clínica de los tocolíticos en mujeres con labor de PPT sospechado o confirmado para mejorar desenlaces maternos y neonatales?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 05 de enero del 2015 al 2 de octubre del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

	Search	Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	(Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]) AND (progestins[MeSH Terms] OR 6 dehydro 9 beta 10 alpha progesterone[MeSH Terms] OR progesterone[TIAB] OR hydroxyprogesterone*[TIAB] OR progestin*[TIAB] OR gestagen*[TIAB] OR progest*[TIAB] OR progestational[TIAB] OR crinone[TIAB] OR gestone[TIAB] OR utrogestan[TIAB] OR agents, tocolytic[MeSH Terms] OR tocoly*[TIAB] OR adrenergic agonists[MeSH Terms] OR (beta agonist*[TIAB]) OR betamimetic*[TIAB] OR beta mimetic*[TIAB] OR Betasympathomimetic*[TIAB] OR beta sympathomimetic*[TIAB] OR terbutaline[MeSH Terms] OR terbutaline[TIAB] OR bricanyl[TIAB] OR ritodrine[MeSH Terms] OR fenoterol[MeSH Terms] OR hexoprenaline[MeSH Terms] OR hexoprenaline[TIAB] OR albuterol[MeSH Terms] OR albuterol[TIAB] OR fenoterol[TIAB] OR albuterol[TIAB] OR salbutamol[TIAB] OR ventolin[TIAB] OR oxytocin receptor[MeSH Terms] OR (oxytocin[TIAB] AND (block*[TIAB] OR inhibit*[TIAB] OR antagonist*[TIAB])) OR blockers, calcium channel[MeSH Terms] OR (calcium[TIAB] AND (block*[TIAB] OR inhibit*[TIAB] OR antagonist*[TIAB])) OR nifedipine[MeSH Terms] OR nifedipine[TIAB] OR adalat[TIAB] OR adipine[TIAB] OR coracten[TIAB] OR nicardipine[MeSH Terms] OR nicardipine[TIAB] OR cardene[TIAB] OR cyclooxygenase 2 inhibitors[MeSH Terms] OR coxib*[TIAB] OR ((cox 2[TIAB] OR cox2[TIAB]) AND inhibit*[TIAB]) OR rofecoxib[TIAB] OR vioxx[TIAB] OR nsaid[MeSH Terms] OR nsaid*[TIAB] OR diclofenac[TIAB] OR dyloject[TIAB] OR therabel[TIAB] OR indomethacin[MeSH Terms] OR indomethacin[TIAB] OR indometacin[TIAB] OR nitric oxide[MeSH Terms] OR (glycerol[TIAB] AND trinitrate[TIAB]) OR nitroglycerin[MeSH Terms] OR nitroglycerin*[TIAB] OR GTN[TIAB] OR magnesium sulfate[MeSH Terms] OR (magnesium[TIAB] AND (sulphate*[TIAB] OR sulfate*[TIAB])) OR

		MgSO*[TIAB] OR minijet[TIAB]) AND ((randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Tipo de publicación	#3	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]
Intervención	#1	progestins[MeSH Terms] OR 6 dehydro 9 beta 10 alpha progesterone[MeSH Terms] OR progesterone[TIAB] OR hydroxyprogesterone*[TIAB] OR progestin*[TIAB] OR gestagen*[TIAB] OR progest*[TIAB] OR progestational[TIAB] OR crinone[TIAB] OR gestone[TIAB] OR utrogestan[TIAB] OR agents, tocolytic[MeSH Terms] OR tocoly*[TIAB] OR adrenergic agonists[MeSH Terms] OR (beta agonist*[TIAB]) OR betamimetic*[TIAB] OR beta mimetic*[TIAB] OR Betasympathomimetic*[TIAB] OR beta sympathomimetic*[TIAB] OR terbutaline[MeSH Terms] OR terbutaline[TIAB] OR bricanyl[TIAB] OR ritodrine[MeSH Terms] OR fenoterol[MeSH Terms] OR hexoprenaline[MeSH Terms] OR hexoprenaline[TIAB] OR albuterol[MeSH Terms] OR albuterol[TIAB] OR fenoterol[TIAB] OR albuterol[TIAB] OR salbutamol[TIAB] OR ventolin[TIAB] OR oxytocin receptor[MeSH Terms] OR (oxytocin[TIAB] AND (block*[TIAB] OR inhibit*[TIAB] OR antagonist*[TIAB])) OR blockers, calcium channel[MeSH Terms] OR (calcium[TIAB] AND (block*[TIAB] OR inhibit*[TIAB] OR antagonist*[TIAB])) OR nifedipine[MeSH Terms] OR nifedipine[TIAB] OR adalat[TIAB] OR adipine[TIAB] OR coracten[TIAB] OR nicardipine[MeSH Terms] OR nicardipine[TIAB] OR cardene[TIAB] OR cyclooxygenase 2 inhibitors[MeSH Terms] OR coxib*[TIAB] OR ((cox 2[TIAB] OR cox2[TIAB]) AND inhibit*[TIAB]) OR rofecoxib[TIAB] OR vioxx[TIAB] OR nsaid[MeSH Terms] OR nsaid*[TIAB] OR diclofenac[TIAB] OR dyloject[TIAB] OR therabel[TIAB] OR indomethacin[MeSH Terms] OR indomethacin[TIAB] OR indometacin[TIAB] OR nitric oxide[MeSH Terms] OR (glycerol[TIAB] AND trinitrate[TIAB]) OR nitroglycerin[MeSH Terms] OR nitroglycerin*[TIAB] OR GTN[TIAB] OR magnesium sulfate[MeSH Terms] OR (magnesium[TIAB] AND (sulphate*[TIAB] OR sulfate*[TIAB])) OR MgSO*[TIAB] OR minijet[TIAB]

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 360
- Citaciones evaluadas a texto completo: 10
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 10
 - ECA de Colón 2016
 - ECA de Nijman 2017
 - ECA de Caliskan 2015
 - ECA de Wood 2017
 - ECA de Alavi 2015
 - ECA de Hernández 2017
 - ECA de Van Vliet 2016 (1)
 - ECA de Van Vliet 2016 (2)
 - ECA de Aggarwal 2018
 - ECA de Verdurmen 2017

Pregunta 8. En mujeres con sospecha o diagnóstico de labor de PPT (sin una indicación de cesárea), ¿se debería indicar la realización de cesárea o de parto vaginal?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 01 de agosto del 2013 al 18 de diciembre del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

Search		Terms
Términos finales	#1 AND #2 AND # 3	(Delivery, Obstetric[MeSH Terms] OR delivery mode[TIAB] OR ((cesarean section[MeSH Terms] OR cesarean[TIAB] OR caesarean[TIAB]) AND vaginal deliver*[TIAB])) AND (Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]) AND ((randomized controlled trial[PT] OR (controlled clinical trial[PT] OR (clinical trial[PT] OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]))
Tipo de publicación	#3	((randomized controlled trial[PT] OR (controlled clinical trial[PT] OR (clinical trial[PT] OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]))
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB]
Intervención	#1	Delivery, Obstetric[MeSH Terms] OR delivery mode[TIAB] OR delivery method[TIAB] OR delivery route[TIAB] OR birth mode[TIAB] OR method birth[TIAB] OR ((cesarean section[MeSH Terms] OR cesarean OR caesarean) AND vaginal deliver[TIAB])

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 386
- Citaciones evaluadas a texto completo: 1
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 1
 - RS de Berghemegouwen 2014

Pregunta 9. En el RN PT, ¿se debería realizar un clampaje tardío del cordón umbilical?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Estudios observacionales, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 08 de marzo del 2015 al 2 de octubre del 2017
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

	Search	Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	((umbilic*[TIAB] OR cord*[TIAB] OR umbilical cord[MeSH Terms]) AND (constriction[MeSH Terms] OR ligation[MeSH Terms] OR cut[TIAB] OR cutting[TIAB] OR clamp*[TIAB] OR milk*[TIAB] OR strip*[TIAB] OR drain*[TIAB])) AND (Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR Infant, Low Birth Weight[Mesh] OR low birth weight[TIAB] OR LBW[TIAB] OR VLBW[TIAB]) AND (("Epidemiologic Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR ((case control [TIAB] OR cohort [TIAB] OR follow up [TIAB] OR observational [TIAB] OR uncontrolled [TIAB] OR non randomized [TIAB] OR nonrandomized [TIAB] OR non randomised [TIAB] OR nonrandomised [TIAB] OR epidemiologic* [TIAB] OR longitudinal [TIAB] OR retrospective [TIAB] OR prospective [TIAB] OR cross sectional [TIAB]) AND (study [TIAB] OR studies [TIAB] OR analys* [TIAB])))
Tipo de publicación	#3	("Epidemiologic Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR ((case control [TIAB] OR cohort [TIAB] OR follow up [TIAB] OR observational [TIAB] OR uncontrolled [TIAB] OR non randomized [TIAB] OR nonrandomized [TIAB] OR non randomised [TIAB] OR nonrandomised [TIAB] OR epidemiologic* [TIAB] OR longitudinal [TIAB] OR retrospective [TIAB] OR prospective [TIAB] OR cross sectional [TIAB]) AND (study [TIAB] OR studies [TIAB] OR analys* [TIAB])))
Población	#2	Obstetric Labor, Premature[MeSH Major Topic] OR births, premature[MeSH Terms] OR infant, premature[MeSH Terms] OR premature birth[TIAB] OR preterm bith[TIAB] OR preterm labor[TIAB] OR pre-term birth[TIAB] OR pre-term labor[TIAB] OR prematur*[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR Infant, Low Birth Weight[Mesh] OR low birth weight[TIAB] OR LBW[TIAB] OR VLBW[TIAB]

Intervención	#1	(umbilic*[TIAB] OR cord*[TIAB] OR umbilical cord[MeSH Terms]) AND (constriction[MeSH Terms] OR ligation[MeSH Terms] OR cut[TIAB] OR cutting[TIAB] OR clamp*[TIAB] OR milk*[TIAB] OR strip*[TIAB] OR drain*[TIAB])
--------------	----	---

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 39
- Citaciones evaluadas a texto completo: 0
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 0

Pregunta 10. En RN PT con síndrome de distrés respiratorio, ¿se debería usar terapia con presión positiva continua?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo Nº 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 01 de enero del 2015 al 11 de enero del 2018
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

Search		Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	(surfactant[TIAB] OR Pulmonary Surfactants[Mesh] OR pulmonary surfactant[TIAB]) AND (Infant, premature[MeSH Terms] OR prematur*[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR Infant, Low Birth Weight[Mesh] OR low birth weight[TIAB]) AND ((randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Tipo de publicación	#3	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]
Población	#2	(Infant, premature[MeSH Terms] OR prematur*[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR Infant, Low Birth Weight[Mesh] OR low birth weight[TIAB])
Intervención	#1	surfactant[TIAB] OR Pulmonary Surfactants[Mesh] OR pulmonary surfactant[TIAB]

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 201
- Citaciones evaluadas a texto completo: 0
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 0

Pregunta 11. En RN PT nacidos antes de las 32 semanas, ¿cuál es la terapia con oxígeno óptima?

Criterios de elegibilidad de los estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.
- Que respondan a las preguntas PICO mencionados en el **Anexo N° 1**.

Estrategia de búsqueda:

- **Fecha de búsqueda:** 01 de enero del 2015 al 11 de enero del 2018
- **Buscador:** MEDLINE (Pubmed)

Search		Query
Términos finales	#1 AND #2 AND #3	(Oxygen therapy[TIAB] OR Oxygen Inhalation Therapy[Mesh] OR Continuous distending pressure[TIAB]) AND ((Infant, premature[MeSH Terms] OR prematur*[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR Infant, Low Birth Weight[Mesh] OR low birth weight[TIAB]) AND (respiratory distress syndrome[TIAB] OR respiratory distres[TIAB] OR RDS[TIAB] OR Respiratory Distress Syndrome, Newborn[Mesh])) AND ((randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb])
Tipo de publicación	#3	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB]) OR systematic[sb]
Población	#1	(Infant, premature[MeSH Terms] OR prematur*[TIAB] OR preterm[TIAB] OR pre-term[TIAB] OR pre matur*[TIAB] OR Infant, Low Birth Weight[Mesh] OR low birth weight[TIAB]) AND (respiratory distress syndrome[TIAB] OR respiratory distres[TIAB] OR RDS[TIAB] OR Respiratory Distress Syndrome, Newborn[Mesh])
Intervención	#2	Oxygen therapy[TIAB] OR Oxygen Inhalation Therapy[Mesh] OR Continuous distending pressure[TIAB]

Flujograma de selección de artículos

- Citaciones identificadas: 26
- Citaciones evaluadas a texto completo: 0
- Artículos excluidos: 0
- Artículos incluidos: 0

Anexo N° 3: Tablas de evaluación de la calidad

Pregunta 1. En gestantes con riesgo de PPT, ¿se debería usar progesterona o cerclaje como prevención secundaria?

AMSTAR

Artículo: “Romero R, et al. Vaginal progesterone decreases preterm birth ≤34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study, 2016”

Preguntas	Romero 2016
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	x
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	x
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	x
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?	x
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	x
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	x
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	x
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	x
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	x
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	x
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	
Puntaje total	10

Pregunta 1: Evaluación de riesgo de sesgo de Cochrane

Artículos:

1. Norman, et al. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet* 2016; 387: 2106–16
2. Otsuki K, Nakai A, Matsuda Y, Shinozuka N, Kawabata I, Makino Y, et al. Randomized trial of ultrasound-indicated cerclage in singleton women without lower genital tract inflammation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2016;42(2):148-57.

Tipos de Sesgos	Norman 2016	Otsuki 2016
Sesgo de Selección		
Generación de la secuencia aleatorizada	bajo riesgo	bajo riesgo
Ocultación de la asignación	bajo riesgo	bajo riesgo
Sesgo de Realización		
Cegamiento de los participantes y del personal	bajo riesgo	Alto riesgo
Sesgo de Detección		
Cegamiento de los evaluadores del resultado	bajo riesgo	Alto riesgo
Sesgo de Desgaste		
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste)	bajo riesgo	bajo riesgo
Sesgo de Notificación		
Notificación selectiva de resultados	bajo riesgo	bajo riesgo
Otros Sesgos		
Otros sesgos	bajo riesgo	bajo riesgo

Pregunta 2. En gestantes en las que se sospeche de ruptura prematura de membranas pretérmino, ¿qué prueba se debería usar para realizar el diagnóstico?

AMSTAR

Artículo: “Palacio M, Kuhnert M, Berger R, Larios CL, Marcellin L. Meta-analysis of studies on biochemical marker tests for the diagnosis of premature rupture of membranes: comparison of performance indexes. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14:183”

Preguntas	Palacio 2016
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	x
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	x
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?	
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	x
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	x
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	x
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	x
Puntaje total	6

Evaluación de riesgo de sesgo con QUADAS-2

Artículos:

1. Khooshideh M, Radi V, Hosseini R, Hosseini L. The accuracy of placental alpha-microglobuline-1 test in diagnosis of premature rupture of the membranes. Iranian journal of reproductive medicine. 2015;13(6):355-60.
2. Eleje GU, Ezugwu EC, Eke AC, Ikechebelu JI, Ezeama CO, Ezebialu IU, et al. Accuracy and response time of dual biomarker model of insulin-like growth factor binding protein-1/ alpha fetoprotein (Amnioquick duo+) in comparison to placental alpha-microglobulin-1 test in diagnosis of premature rupture of membranes. The journal of obstetrics and gynaecology research. 2017;43(5):825-33.

Estudio	Probabilidad de sesgos				Preocupación de la aplicabilidad de los resultados		
	Selección de los individuos	Prueba Índice	Prueba de referencia	Flujos y tiempos	Selección de los pacientes	Prueba Índice	Prueba de referencia
Eleje 2017	alta	baja	baja	baja	baja	baja	baja
Khooshideh 2015	baja	baja	baja	baja	baja	baja	baja

Pregunta 3. En gestantes en labor de PPT, ¿se debería brindar antibióticos profilácticos antes del parto?

AMSTAR

Artículos:

- Saccone G, Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. American journal of obstetrics and gynecology. 2015;212(5):627.e1-9.
- Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(10):Cd001807.
- Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P, Ota E. Antibiotic prophylaxis during the second and third trimester to reduce adverse pregnancy outcomes and morbidity. The Cochrane database of systematic reviews. 2015(6):Cd002250.

Preguntas	Saccone 2015	Wojcieszek 2014	Thinkhamrop 2015
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	x	X	x
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	x	X	
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	x	X	x
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?		X	
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	x	X	
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	X	x	x
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	x	x	X
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?			x
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	x	x	x
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	x		
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	x	x	x
Puntaje total	9	9	7

Pregunta 4. En gestantes con membranas intactas y síntomas de labor de PPT, ¿cuál es la precisión diagnóstica de las pruebas para diagnosticar labor de PPT?

AMSTAR

Artículo: “Boots AB, Sanchez-Ramos L, Bowers DM, Kaunitz AM, Zamora J, Schlattmann P. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;210(1):54.e1-.e10”

Preguntas	Romero 2016
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	x
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	x
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	x
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?	x
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	x
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	x
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	x
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	x
Puntaje total	8

Pregunta 5. ¿Cuál es la efectividad clínica del uso de corticoesteroides para maduración fetal pulmonar para mejorar desenlaces maternos y neonatales?

AMSTAR

Artículo: “Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. 2017.”

Preguntas	Romero 2016
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	X
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?	X
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	X
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	X
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	X
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	X
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	X
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	X
Puntaje total	8

Pregunta 6. ¿Cuál es la efectividad clínica del sulfato de magnesio a mujeres en riesgo de PPT para prevenir parálisis cerebral y otros desórdenes neurológicos en niños nacidos pretérmino?

Evaluación de riesgo de sesgo de Cochrane

Artículos:

- Hirtz DG, Weiner SJ, Bulas D, DiPietro M, Seibert J, Rouse DJ, et al. Antenatal Magnesium and Cerebral Palsy in Preterm Infants. *The Journal of pediatrics*. 2015;167(4):834-9.e3.
- Turitz AL, Too GT, Gyamfi-Bannerman C. Proximity of magnesium exposure to delivery and neonatal outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016;215(4):508.e1-6.
- Drassinower D, Friedman AM, Levin H, Obican SG, Gyamfi-Bannerman C. Does magnesium exposure affect neonatal resuscitation? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;213(3):424.e1-5.

Tipos de Sesgos	Hirtz 2015	Turitz 2016	Drassinower 2015
Sesgo de Selección			
Generación de la secuencia aleatorizada	bajo riesgo	bajo riesgo	bajo riesgo
Ocultación de la asignación	Alto riesgo	Alto riesgo	bajo riesgo
Sesgo de Realización			
Cegamiento de los participantes y del personal	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo
Sesgo de Detección			
Cegamiento de los evaluadores del resultado	bajo riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo
Sesgo de Desgaste			
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste)	bajo riesgo	bajo riesgo	bajo riesgo
Sesgo de Notificación			
Notificación selectiva de resultados	bajo riesgo	bajo riesgo	bajo riesgo
Otros Sesgos			
Otros sesgos	bajo riesgo	bajo riesgo	bajo riesgo

Pregunta 7. ¿Cuál es la efectividad clínica de los tocolíticos en mujeres con labor de PPT sospechado o confirmado para mejorar desenlaces maternos y neonatales?

Evaluación de riesgo de sesgo de Cochrane

Artículos:

1. Colon I, Berletti M, Garabedian MJ, Wilcox N, Williams K, El-Sayed YY, et al. Randomized, Double-Blinded Trial of Magnesium Sulfate Tocolysis versus Intravenous Normal Saline for Preterm Nonsevere Placental Abruption. *American journal of perinatology*. 2016;33(7):696-702.
2. Nijman TAJ, Goedhart MM, Naaktgeboren CN, de Haan TR, Vijlbrief DC, Mol BW, et al. The effects of nifedipine and atosiban on perinatal brain injury: a secondary analysis of the APOSTEL III trial. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2017.
3. Caliskan S, Narin MA, Dede FS, Narin R, Dede H, Kandemir O. Glyceryl trinitrate for the treatment of preterm labor. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2015;16(3):174-8.
4. Wood S, Rabi Y, Tang S, Brant R, Ross S. Progesterone in women with arrested premature labor, a report of a randomised clinical trial and updated meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017;17(1):258.
5. Alavi A, Rajae M, Amirian M, Mahboobi H, Jahanshahi KA, Faghihi A. Effect of Maintenance Therapy with Isoxsuprine in the Prevention of Preterm Labor: Randomized controlled trial. *Electronic physician*. 2015;7(4):1144-9.
6. Hernandez WR, Francisco RPV, Bittar RE, Gomez UT, Zugaib M, Brizot ML. Effect of vaginal progesterone in tocolytic therapy during preterm labor in twin pregnancies: Secondary analysis of a placebo-controlled randomized trial. *The journal of obstetrics and gynaecology research*. 2017;43(10):1536-42.
7. van Vliet EOG, Nijman TAJ, Schuit E, Heida KY, Opmeer BC, Kok M, et al. Nifedipine versus atosiban for threatened preterm birth (APOSTEL III): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10033):2117-24.
8. van Vliet E, Dijkema GH, Schuit E, Heida KY, Roos C, van der Post J, et al. Nifedipine maintenance tocolysis and perinatal outcome: an individual participant data meta-analysis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2016;123(11):1753-60.
9. Aggarwal A, Bagga R, Girish B, Kalra J, Kumar P. Effect of maintenance tocolysis with nifedipine in established preterm labour on pregnancy prolongation and neonatal outcome. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2018;38(2):177-84.
10. Verdurmen KMJ, Hulsenboom ADJ, van Laar J, Oei SG. Effect of tocolytic drugs on fetal heart rate variability: a systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2017;30(20):2387-94.

Tipos de Sesgos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sesgo de Selección										
Generación de la secuencia aleatorizada	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
Ocultación de la asignación	B	?	?	?	?	B	B	?	B	?

Sesgo de Realización										
Cegamiento de los participantes y del personal	A	B	?	A	A	A	B	A	B	A
Sesgo de Detección										
Cegamiento de los evaluadores del resultado	B	B	?	A	A	B	B	B	B	B
Sesgo de Desgaste										
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste)	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
Sesgo de Notificación										
Notificación selectiva de resultados	B	B	B	B	B	B	?	B	B	B
Otros Sesgos										
Otros sesgos	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

B = bajo riesgo

A = alto riesgo

? = riesgo desconocido

Pregunta 8. En mujeres con sospecha o diagnóstico de labor de PPT (sin una indicación de cesárea), ¿se debería indicar la realización de cesárea o de parto vaginal?

AMSTAR

Artículo: “Bergenhengouwen L, Meertens L, Schaaf J, Nijhuis J, Mol B, Kok M, et al. Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2014;172:1-6.”

Preguntas	Romero 2016
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	X
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?	X
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	X
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	X
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	X
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	X
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	X
Puntaje total	7

Anexo N° 4: Tablas de perfil de evidencias GRADE

Pregunta 1. En gestantes con riesgo de PPT, ¿se debería usar progesterona o cerclaje como prevención secundaria?

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Pregunta: Progesterona comparado con placebo para prevenir PPT en gestantes con riesgo de PPT

Bibliografía: Romero R, et al. Vaginal progesterone decreases preterm birth ≤34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study, 2016

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Progesterona	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
PPT ≤34 semanas												
5	ensayos aleatorios	no es serio	serio ^a	no es serio	no es serio	ninguno	90/498 (18.1%)	131/476 (27.5%)	RR 0.66 (0.52 a 0.83)	94 menos por 1,000 (de 47 menos a 132 menos)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

a. El estudio que aportó con la mayoría de pacientes para la revisión, no encontró diferencias en los desenlaces. El meta análisis, sí encuentra diferencias.

Pregunta 2. En gestantes en las que se sospeche de ruptura prematura de membranas pretérmino, ¿qué prueba se debería usar para realizar el diagnóstico?

Pregunta: IGFBP-1 para diagnóstico de RPM pretérmino

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: Palacio M, Kuhnert M, Berger R, Larios CL, Marcellin L. Meta-analysis of studies on biochemical marker tests for the diagnosis of premature rupture of membranes: comparison of performance indexes. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14:183

Sensibilidad	0.92 (95% CI: 0.88 a 0.95)
Especificidad	0.91 (95% CI: 0.86 a 0.93)

Prevalencias	10%	20%	
--------------	-----	-----	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 10%	probabilidad pre-test de 20%	
verdaderos positivos (pacientes con)	6 Estudios 533 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	92 (88 a 95)	184 (176 a 190)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								8 (5 a 12)	16 (10 a 24)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	6 Estudios 533 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	819 (774 a 837)	728 (688 a 744)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								81 (63 a 126)	72 (56 a 112)	

Explicaciones

a. No se realizó cegamiento del evaluador.

b. La población evaluada en los estudios primarios incluyó gestantes a término así como pre-término.

Pregunta: PAMG-1 para diagnóstico de RPM pretérmino

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: Palacio M, Kuhnert M, Berger R, Larios CL, Marcellin L. Meta-analysis of studies on biochemical marker tests for the diagnosis of premature rupture of membranes: comparison of performance indexes. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14:183

Sensibilidad	0.97 (95% CI: 0.95 a 0.98)
Especificidad	0.98 (95% CI: 0.96 a 0.99)

Prevalencias	10%	20%	
--------------	-----	-----	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 10%	probabilidad pre-test de 20%	
verdaderos positivos (pacientes con)	5 Estudios 852 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	97 (95 a 98)	194 (190 a 196)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								3 (2 a 5)	6 (4 a 10)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	5 Estudios 852 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	819 (774 a 837)	728 (688 a 744)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								81 (63 a 126)	72 (56 a 112)	

Explicaciones

a. No se realizó cegamiento del evaluador.

b. La población evaluada en los estudios primarios incluyó gestantes a término así como pre-término.

Pregunta: AFP + IGFBP-1 para diagnóstico de RPM pretérmino

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: Eleje GU, Ezugwu EC, Eke AC, Eleje LI, Ikechebelu JI, Ezebialu IU, Obiora CC, Nwosu BO, Ezeama CO, Udigwe GO, Okafor CI, Ezugwu FO. Accuracy of a combined insulin-like growth factor-binding protein-1/interleukin-6 test (Premaquick) in predicting delivery in women with threatened preterm labor. J Perinat Med. 2017 Nov 27;45(8):915-924. doi: 10.1515/jpm-2016-0339. PubMed PMID: 28236632.

Pregunta: Debería usarse IGFBP1+alphaFetoProtein para diagnosticar PPROM en gestantes con síntomas (Eleje)?

Sensibilidad	0.98 (95% CI: 0.95 a 0.99)
Especificidad	0.98 (95% CI: 0.87 a 1.00)

Prevalencias	10%		
--------------	-----	--	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1,000 patients tested probabilidad pre-test de 10%	Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación		
verdaderos positivos (pacientes con)	1 Estudios 191 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno	98 (95 a 99)	⊕○○○ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								2 (1 a 5)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	1 Estudios 42 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno	878 (779 a 900)	⊕○○○ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								22 (0 a 121)	

Explicaciones

- a. Prueba de referencia es desenlace clínico. No es ciego.
- b. Solo 24% fueron pre término
- c. Tamaño muestral chico.

Pregunta: AFP para diagnóstico de RPM pretérmino

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: Eleje GU, Ezugwu EC, Eke AC, Eleje LI, Ikechebelu JI, Ezebialu IU, Obiora CC, Nwosu BO, Ezeama CO, Udigwe GO, Okafor CI, Ezugwu FO. Accuracy of a combined insulin-like growth factor-binding protein-1/interleukin-6 test (Premaquick) in predicting delivery in women with threatened preterm labor. J Perinat Med. 2017 Nov 27;45(8):915-924. doi: 10.1515/jpm-2016-0339. PubMed PMID: 28236632.

Pregunta: Debería usarse AFP para diagnosticar PPRM en gestantes con síntomas de PPRM (Eleje)?

Sensibilidad	0.96 (95% CI: 0.93 a 0.99)
Especificidad	0.95 (95% CI: 0.83 a 0.99)

Prevalencias	10%		
--------------	-----	--	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1,000 patients tested	Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 10%	
verdaderos positivos (pacientes con)	1 Estudios 191 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio	serio	no es serio	serio	ninguno	96 (93 a 99)	⊕○○○ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								4 (1 a 7)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	1 Estudios 42 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio	serio	no es serio	serio	ninguno	859 (750 a 893)	⊕○○○ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								41 (7 a 150)	

Pregunta 4. ¿Cuál es la precisión diagnóstica de las pruebas para diagnosticar labor de PPT en gestantes con membranas intactas y síntomas de labor de PPT?

Pregunta: ¿Debería usarse Fibronectina para diagnosticar progresión de parto pretérmino a los 7 días en gestantes sintomáticas?

Autor(es): Jessica Zafra Tanaka

Bibliografía: Boots AB, Sanchez-Ramos L, Bowers DM, Kaunitz AM, Zamora J, Schlattmann P. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;210(1):54.e1-.e10

Sensibilidad	0.75 (95% CI: 0.69 a 0.80)
Especificidad	0.79 (95% CI: 0.76 a 0.83)

Prevalencias	2%	30%	
--------------	----	-----	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 2%	probabilidad pre-test de 30%		
verdaderos positivos (pacientes con)	38 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	15 (14 a 16)	225 (207 a 240)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								5 (4 a 6)	75 (60 a 93)		
Verdaderos negativos (pacientes sin)	38 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	774 (745 a 813)	553 (532 a 581)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								206 (167 a 235)	147 (119 a 168)		

Explicaciones

a. En los estudios primarios no se realizó cegamiento de los evaluadores.

b. Los intervalos de confianza son amplios.

c. RS no presenta los resultados de los estudios individuales, por lo que no se puede evaluar la inconsistencia.

Pregunta: ¿Debería usarse Fibronectina para diagnosticar progresión de parto pretérmino a las 48 horas en gestantes sintomáticas?

Autor(es): Jessica Zafra Tanaka

Bibliografía: Boots AB, Sanchez-Ramos L, Bowers DM, Kaunitz AM, Zamora J, Schlattmann P. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;210(1):54.e1-.e10

Sensibilidad	0.62 (95% CI: 0.43 a 0.78)
Especificidad	0.81 (95% CI: 0.74 a 0.86)

Prevalencias	2%	30%	
--------------	----	-----	--

Resultado	№ de estudios (№ de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 2%	probabilidad pre-test de 30%	
verdaderos positivos (pacientes con)	4 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	12 (9 a 16)	186 (129 a 234)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								8 (4 a 11)	114 (66 a 171)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	4 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	794 (725 a 843)	567 (518 a 602)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								186 (137 a 255)	133 (98 a 182)	

Explicaciones

- a. En los estudios primarios no se realizó cegamiento de los evaluadores.
- b. Los intervalos de confianza son amplios.
- c. RS no presenta los resultados de los estudios individuales, por lo que no se puede evaluar la inconsistencia.

Pregunta: ¿Debería usarse longitud cervical (15mm) para diagnosticar progresión de parto pretérmino a los 7 días en gestantes sintomáticas?

Autor(es): Jessica Zafra Tanaka

Bibliografía: Boots AB, Sanchez-Ramos L, Bowers DM, Kaunitz AM, Zamora J, Schlattmann P. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;210(1):54.e1-.e10

Sensibilidad	0.74 (95% CI: 0.58 a 0.85)
Especificidad	0.89 (95% CI: 0.85 a 0.92)

Prevalencias	2%	30%	
--------------	----	-----	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 2%	probabilidad pre-test de 30%	
verdaderos positivos (pacientes con)	24 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	15 (12 a 17)	222 (174 a 255)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								5 (3 a 8)	78 (45 a 126)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	24 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	872 (833 a 902)	623 (595 a 644)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								108 (78 a 147)	77 (56 a 105)	

Explicaciones

a. En los estudios primarios no se realizó cegamiento de los evaluadores.

b. Los intervalos de confianza son amplios.

c. RS no presenta los resultados de los estudios individuales, por lo que no se puede evaluar la inconsistencia.

Pregunta: ¿Debería usarse longitud cervical (15mm) para diagnosticar progresión de parto pretérmino a las 48 horas en gestantes sintomáticas?

Autor(es): Jessica Zafra Tanaka

Bibliografía: Boots AB, Sanchez-Ramos L, Bowers DM, Kaunitz AM, Zamora J, Schlattmann P. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;210(1):54.e1-.e10

Sensibilidad	0.77 (95% CI: 0.54 a 0.90)
Especificidad	0.88 (95% CI: 0.84 a 0.91)

Prevalencias	2%	30%	
--------------	----	-----	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 2%	probabilidad pre-test de 30%	
verdaderos positivos (pacientes con)	9 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	15 (11 a 18)	231 (162 a 270)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								5 (2 a 9)	69 (30 a 138)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	9 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	862 (823 a 892)	616 (588 a 637)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								118 (88 a 157)	84 (63 a 112)	

Explicaciones

- a. En los estudios primarios no se realizó cegamiento de los evaluadores.
- b. Los intervalos de confianza son amplios.
- c. RS no presenta los resultados de los estudios individuales, por lo que no se puede evaluar la inconsistencia.

Pregunta: ¿Debería usarse longitud cervical (30mm) para diagnosticar progresión de parto pretérmino a los 7 días en gestantes sintomáticas?

Autor(es): Jessica Zafra Tanaka

Bibliografía: Boots AB, Sanchez-Ramos L, Bowers DM, Kaunitz AM, Zamora J, Schlattmann P. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;210(1):54.e1-.e10

Sensibilidad	0.95 (95% CI: 0.90 a 0.97)
Especificidad	0.46 (95% CI: 0.42 a 0.50)

Prevalencias	2%	30%	
--------------	----	-----	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 2%	probabilidad pre-test de 30%	
verdaderos positivos (pacientes con)	5 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	19 (18 a 19)	285 (270 a 291)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								1 (1 a 2)	15 (9 a 30)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	5 Estudios pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	muy serio ^a	no es serio	serio ^c	serio ^b	ninguno	451 (412 a 490)	322 (294 a 350)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								529 (490 a 568)	378 (350 a 406)	

Explicaciones

- a. En los estudios primarios no se realizó cegamiento de los evaluadores.
- b. Los intervalos de confianza son amplios.
- c. RS no presenta los resultados de los estudios individuales, por lo que no se puede evaluar la inconsistencia.

Pregunta 7. ¿Cuál es la efectividad clínica de los tocolíticos en mujeres con labor de PPT sospechado o confirmado para mejorar desenlaces maternos y neonatales?

Pregunta: Betamiméticos comparado con placebo para PPT

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: "Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, McIntosh JJ, Welton NJ. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. BMJ (Clinical research ed). 2012;345:e6226"

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Betamiméticos	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Retraso del parto (48h)												
a	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^a	serio ^b	no es serio	ninguno	-	-	OR 2.41 (1.27 a 4.55)	2 menos por 1.000 (de 1 menos a 5 menos)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; **OR:** Razón de momios

Explicaciones

a. La presentación de resultados de la RS no permite identificar los ECA que se usaron para cada comparación, por ello no se evaluó el riesgo de sesgo ni la inconsistencia.

b. El estimado proviene de un meta-análisis en red por lo que más comparaciones son indirectas.

Pregunta: Bloqueadores de los canales de calcio comparado con placebo para PPT

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: “Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, McIntosh JJ, Welton NJ. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. BMJ (Clinical research ed). 2012;345:e6226”

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Bloqueadores de los canales de calcio	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Retraso del parto (48h)												
a	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^a	serio ^b	serio ^c	ninguno	-	-	OR 2.71 (1.17 a 5.91)	3 menos por 1.000 (de 1 menos a 6 menos)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

- a. La presentación de resultados de la RS no permite identificar los ECA que se usaron para cada comparación, por ello no se evaluó el riesgo de sesgo ni la inconsistencia.
- b. El estimado proviene de un meta-análisis en red por lo que las comparaciones son indirectas.
- c. El IC95% incluye el 1.25

Pregunta: Sultafo de magnesio comparado con placebo para PPT

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: "Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, McIntosh JJ, Welton NJ. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. BMJ (Clinical research ed). 2012;345:e6226"

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sultafo de magnesio	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Retraso del parto (48h)												
a	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^a	serio ^b	no es serio	ninguno	-	-	OR 2.76 (1.58 a 4.94)	3 menos por 1.000 (de 2 menos a 5 menos)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. La presentación de resultados de la RS no permite identificar los ECA que se usaron para cada comparación, por ello no se evaluó el riesgo de sesgo ni la inconsistencia.

b. El estimado proviene de un meta-análisis en red por lo que las comparaciones son indirectas.

Pregunta: Bloqueadores del receptor de oxitocina comparado con placebo para PPT

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: "Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, McIntosh JJ, Welton NJ. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* (Clinical research ed). 2012;345:e6226"

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Bloqueadores del receptor de oxitocina	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Retraso del parto (48h)												
a	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^a	serio ^b	serio ^c	ninguno	-	-	OR 2.02 (1.10 a 3.80)	2 menos por 1.000 (de 1 menos a 4 menos)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

- a. La presentación de resultados de la RS no permite identificar los ECA que se usaron para cada comparación, por ello no se evaluó el riesgo de sesgo ni la inconsistencia.
- b. El estimado proviene de un meta-análisis en red por lo que las comparaciones son indirectas.
- c. El IC95% incluye el 1.25.

Pregunta: Inhibidores de prostaglandinas comparado con placebo para PPT

Autor(es): Larissa Otero, Alberto Guerra García

Bibliografía: "Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, McIntosh JJ, Welton NJ. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. BMJ (Clinical research ed). 2012;345:e6226"

Certainty assessment							№ de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
No de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Inhibidores de prostaglandinas	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Retraso del parto (48h)												
a	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^a	serio ^b	no es serio	ninguno	-	-	OR 5.39 (2.14 a 12.34)	5 menos por 1.000 (de 2 menos a 12 menos)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. La presentación de resultados de la RS no permite identificar los ECA que se usaron para cada comparación, por ello no se evaluó el riesgo de sesgo ni la inconsistencia.

b. El estimado proviene de un meta-análisis en red por lo que las comparaciones son indirectas.