GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL PARTO PRETÉRMINO

I. Lista de recomendaciones y puntos de buena práctica clínica

Pregunta N°	Enunciado	Tipo *	Fuerza y dirección **	Certeza de la evidencia **
1	Brindar información y apoyo a gestantes con riesgo de PPT, sospecha de PPT, diagnóstico de PPT o en quienes haya sido necesario planear un PPT (así como a sus familiares), que incluya: • Dar información oral y escrita • Describir los síntomas y signos de la labor de PPT • Explicar a la mujer el cuidado que se le podría ofrecer • Dar información sobre probabilidad de sobrevida y otros riesgos a corto y largo plazo del RN, para lo cual se deberán expresar las cifras como frecuencias naturales (ej. 1 en 100) • Informar sobre el cuidado de RN PT incluyendo el establecimiento de salud al cual debe acudir para su cuidado • Informar sobre los problemas inmediatos que se pueden presentar en un RN PT • Informar sobre las posibles consecuencias a largo plazo de la prematuridad (cómo crecen y se desarrollan los RN PT) • Informar sobre cómo la gestante puede establecer su posición sobre la resucitación del RN. Fomentar constantemente posibilidad para hablar y realizar preguntas sobre el tema. • Cuando sea posible, brindar la oportunidad de visitar la unidad de cuidados neonatales • Brindar la oportunidad de hablar con un neonatólogo o pediatra. • Considerar que la mujer (y su familia) pueden estar especialmente ansiosos	BPC		
	En gestantes asintomáticas con antecedente de PPT espontáneo, recomendamos indicar progesterona vaginal micronizada (200 mg, una vez al día [durante la noche] desde el inicio del segundo trimestre en adelante o por lo menos hasta la semana 34).	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	En gestantes asintomáticas con cérvix corto identificado en ecografía transvaginal sugerimos progesterona vaginal micronizada (200 mg, una vez al día [durante la noche] desde el inicio del segundo trimestre en adelante o por lo menos hasta la semana 34).	R	Condicional a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	La identificación del cérvix corto (<25mm) debería realizarse en la ecografía transvaginal del segundo trimestre, entre las 18 y 22 semanas de gestación.	BPC		
2	En gestantes con síntomas sugerentes de RPM pretérmino, realizar especuloscopía y, de observarse líquido amniótico, diagnosticar RPM pretérmino sin realizar otras pruebas para confirmar el diagnóstico de RPM.	BPC		

	En las pacientes en quienes no se observa pérdida de líquido amniótico al examen con espéculo, se sugiere complementar con otras pruebas de ayuda diagnóstica, y manejar en base al criterio del médico tratante.	BPC		
	Es importante la evaluación para la inclusión de la disponibilidad de IGFBP-1 o PAMG-1 para su uso en EsSalud.	RI		
3	En gestantes en labor de PPT con membranas intactas sin signos clínicos de infección, recomendamos no administrar antibióticos de manera rutinaria.	R	Fuerte en contra	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En gestantes con RPM pretérmino recomendamos administrar antibióticos.	R	Fuerte a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En gestantes con RPM pretérmino sugerimos usar eritromicina como antibiótico de elección, a dosis de 250 mg vía oral cuatro veces por día, por diez días.	R	Condicional a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En gestantes con RPM pretérmino recomendamos no usar la combinación de amoxicilina - ácido clavulánico.	R	Fuerte en contra	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En gestantes con RPM pretérmino, en quienes el médico tratante tenga sospecha bacteriológica que justifique añadir ampicilina, brindar combinación de ampicilina y eritromicina por lo menos durante dos días, seguido por amoxicilina y eritromicina oral.	BPC		
	En gestantes con RPM pretérmino se debería monitorizar la presencia de signos de corioamnionitis y otras infecciones. Para ello, se debe combinar la evaluación clínica con proteína C reactiva, leucocitos y medición de latidos fetales con cardiotocografía. Tener en cuenta que cada prueba por separado no es suficiente para confirmar o excluir la infección intrauterina.	BPC		
	Si los resultados de la evaluación clínica o cualquiera de las pruebas no son consistentes entre ellos, se deberá observar a la paciente y considerar repetir las pruebas.	BPC		
4	En gestantes con síntomas de labor de PPT (contracciones uterinas) y membranas intactas, recomendamos realizar ecografía transvaginal para medir la longitud cervical.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Si la longitud cervical es menor a 15mm, recomendamos seguir el protocolo de PPT.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Si la longitud cervical se encuentra entre 15 a 30mm, recomendamos considerar seguir el protocolo de PPT**.**	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Si la longitud cervical es mayor a 30mm, sugerimos no seguir el protocolo de PPT.	R	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Las ecografías deben ser realizadas por profesional médico entrenado y con experiencia en medición de longitud cervical.	BPC		
	En todas gestantes con sospecha de PPT y edad gestacional menor a 30 semanas, es preferible seguir el protocolo de PPT.	BPC		
5	En mujeres que tienen una edad gestacional confiable de 24^{+0} a 33^{+6} semanas, en quienes el PPT es considerado inminente y no haya evidencia clínica de infección, recomendamos brindar corticoides prenatales.	R	Fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En mujeres que serán sometidas a parto abdominal en gestaciones pretérmino tardías (34^{+0} a 36^{+6} semanas), sugerimos no brindar corticoides prenatales.	R	Condicional en contra	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Cuando se decida administrar corticoides prenatales, recomendamos brindar un ciclo de dexametasona intramuscular (IM) (6mg cada 12 horas hasta completar 4	R	Fuerte a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)

	dosis) o de betametasona IM (12mg cada 24 horas hasta completar 2 dosis).			
	Si el PPT no ocurre 7 días después del primer ciclo completado de corticoides y una evaluación clínica posterior demuestra que hay riesgo de PPT en los siguientes 7 días, sugerimos una única repetición del ciclo de corticoides prenatales.	R	Condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En mujeres elegibles, los corticoides prenatales deben ser administrados cuando el PPT se considere inminente en los próximos 7 días del inicio del tratamiento, incluso si se considera inminente en las próximas 24 horas.	BPC		
6	En mujeres con 24^{+0} a 29^{+6} semanas de gestación en labor de PPT establecido o PPT planificado en las siguientes 24 horas, recomendamos brindar sulfato de magnesio endovenoso.	R	Fuerte a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En mujeres con 30^{+0} a 33^{+6} semanas de gestación en labor de PPT establecido o PPT planificado en las siguientes 24 horas, sugerimos brindar sulfato de magnesio endovenoso.	R	Condicional a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	En los dos casos mencionados, la posología del sulfato de magnesio endovenoso será la siguiente: 4g en bolo en 15 minutos, seguido por 1g por hora hasta el nacimiento o por 24 horas (lo que suceda primero).	BPC		
	En mujeres que están recibiendo sulfato de magnesio, monitorizar signos clínicos de toxicidad de magnesio por lo menos cada 4 horas, incluyendo reflejos profundos (ej. patelares), estado del sensorio, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y diuresis. Si la mujer tiene o desarrolla signos de toxicidad por sulfato de magnesio, monitorizar más frecuentemente la toxicidad y considerar reducir su dosis.	BPC		
7	En mujeres con amenaza de labor de PPT entre las 24^{+0} y 33^{+6} semanas, sugerimos brindar terapia tocolítica por 48 horas con la finalidad de procurar retrasar el parto, lo cual permitirá administrar terapia con corticoesteroides y/o transferir al tercer nivel.	R	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Los bloqueadores de canales de calcio (nifedipino) son los agentes tocolíticos de primera elección.	BPC		
	Después de 48 horas de terapia tocolítica, no indique terapia de mantenimiento tocolítica con sulfato de magnesio, betamiméticos orales, antagonistas de oxitocina ni bloqueadores de canales de calcio. Sin embargo, puede considerar terapia tocolítica de mantenimiento con progesterona vía vaginal.	BPC		
8	En mujeres con gestaciones entre las 26^{+0} y 36^{+6} semanas con presentación en podálico que presenten sospecha o diagnóstico de labor de PPT, considerar la realización de cesárea.	BPC		
9	Si la madre y el RN PT están estables, recomendarnos esperar por lo menos 30 segundos, pero no más de 3 minutos, antes de clampar el cordón.	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Si un RN PT debe ser alejado de la madre para resucitación o hay sangrado materno significativo o cualquier otra emergencia que lo amerite, considerar ordeñar y clampar el cordón lo antes posible.	BPC		
	Posicionar al RN a la altura de o por debajo de la placenta antes de clampar el cordón.	BPC		

	Como parte del cuidado de RN con peso al nacer < 2000 g, sugerir el uso del método de "mamá canguro" apenas el RN esté clínicamente estable. Si no es posible realizar este método de "manera continuada", también es útil realizarlo de "manera intermitente".	BPC		
	Si el RN con peso al nacer < 2000 g no puede recibir el método de "mamá canguro", brindarle atención en un ambiente termo-neutral, ya sea con radiadores de calefacción o incubadoras.	BPC		
	Durante la estabilización y transferencia del RN PT de 32 semanas o menos a unidades especializadas, envolverlo con cobertor plástico para prevenir hipotermia.	BPC		
10	Para el manejo de RN PT con SDR, recomendamos brindar terapia con presión positiva continua en vía aérea desde sala de partos.	R	Fuerte a favor	Baja (⊕⊕⊖⊖)
	La terapia con presión positiva continua en vía aérea debe iniciarse tan pronto como se haga el diagnóstico de SDR en RN PT.	BPC		
	Considerar administrar terapia de reemplazo con surfactante de rescate temprano (derivado de animales o sintéticos con proteínas) en las primeras 2 horas después del parto en RN PT con SDR, cuando sean atendidos en establecimientos de salud con capacidad de manejo.	BPC		
	No se debe administrar surfactante de manera profiláctica (antes del inicio del SDR en RN PT).	BPC		
11	Para la estabilización inmediata del RN de 35 semanas de gestación o menos, recomendamos usar terapia con oxígeno entre 21% - 30% (o aire, si no se puede mezclar oxígeno).	R	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
	Posteriormente, la terapia con oxígeno se guiará según objetivo de saturación usando un oximetro de pulso.	BPC		

* Recomendación (R), punto de buena práctica clínica (BPC) o recomendación de implementación (RI)

** La fuerza, dirección y certeza de la evidencia solo se establecen para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC

II. Flujograma de prevención y manejo inicial del parto pretérmino

