



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 13 de Abril de 2023

VISTO: El Expediente Nº 01503-2023, con el Oficio Nº 046-DGOBS-2023-HCH, de la jefa del Departamento de Ginecología Obstetricia, el Informe Técnico Nº 012-OGC-HCH-2023, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe de Asesoría Jurídica Nº 393-2023-OAJ/HNCH, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud, Ley Nº 26842, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante la Ley Nº 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de Salud;

Que, mediante la Ley Nº 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Nº 117-MINSA/DGSP/V.01 para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, con Oficio Nº 046-DGOBS-2023-HCH, la jefa del Departamento de Ginecología Obstetricia solicita la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Parto Pretermino;



Que, a través del Informe Técnico N° 012-OGC-HCH-2023, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad recomienda la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Parto Pretermino;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA del 11 de julio del 2021 se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, estando a lo propuesto por la jefa del Departamento de Ginecología Obstetricia y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 393-2023-OAJ/HNCH;

Con visación de la jefa del Departamento de Ginecología Obstetricia, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el artículo 6°, literal e) del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA, con fecha 09 marzo del 2007, que establece que es atribución del Director General la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETERMINO, la cual consta de Quince (15) folios y que, en anexo, se adjunta y forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

() JAPB/JACP/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OGC
() DGyObst.
() OAJ
() OC

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DR. JOSÉ ANTONIO PROANO BERNAOLA
DIRECTOR GENERAL
CMP. 43343 RNE. 25440

**HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO**

**RESPONSABLE
DR. MASGO CASTRO WEYLER**

LIMA – PERÚ



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO

1 FINALIDAD

Estandarizar las medidas preventivas y de manejo de las pacientes que cursen con amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino.

2 OBJETIVO

Disminuir la morbilidad materno perinatal mediante medidas preventivas y de manejo de pacientes que cursen con amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino.

3 AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía tiene está dirigida a todo el personal de salud que se encuentra laborando en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia

4 PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR

4.1.NOMBRE Y CÓDIGO

Trabajo de parto pretérmino sin parto O60.0

Trabajo de parto pretérmino espontaneo con parto pretérmino O60.1

Trabajo de parto pretérmino espontaneo con parto a término O60.2

5 CONSIDERACIONES GENERALES

5.1.DEFINICION

PARTO PRETÉRMINO

Se denomina así al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.(1)

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Presencia de Contracciones uterinas (>4 por 20 minutos o >8 por hora) a las 22 0/7 hasta las 36 6/7 semanas, debería ser evaluado y manejado con conocimiento de longitud de cérvix por ecografía transvaginal. (1)

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

Es basado en criterios clínicos con presencia de contracciones uterinas regulares (>4 por 20 minutos o >8 por hora) a las 22 0/7 hasta las 36 6/7 semanas, detectado con dilatación cervical >3 cm o ecografía transvaginal de longitud de cérvix <15mm. (1)

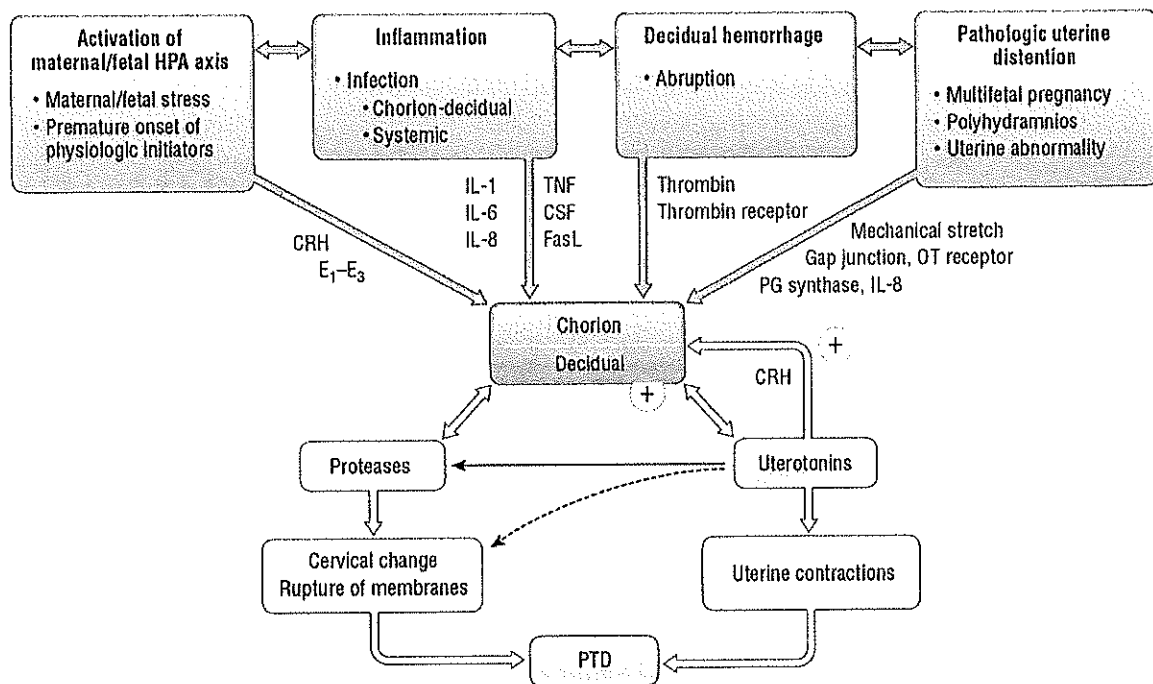
5.2.ETIOLOGÍA

- Frecuentemente idiopático – trabajo de parto pretérmino espontaneo con membranas integras reportan alrededor del 50% de los casos. (2)
- Ruptura prematura de membranas reportan alrededor de 25% de los casos. (2)
- Causas iatrogénicas (inducción electiva de labor o parto por cesárea por indicación médica), reportan alrededor de 25% de los casos. (2,3)
 - Desordenes hipertensivos de la gestación
 - Restricción del crecimiento intrauterino
 - Estado fetal no tranquilizador
 - Desprendimiento de la placenta



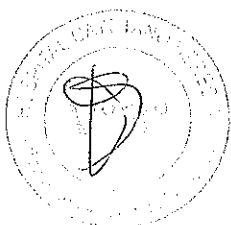
5.3. FISIOPATOLOGÍA

- Activación decidual (señalización paracrina del feto a través del fluido amniótico y a través de la membrana subyacente decidua materna y miometrio) que desencadena contracciones. (3)
 - En a término, la activación decidual ocurre cuando el eje adrenal alcanza la madurez
 - En pretérminos, la activación decidual sería desencadenado prematuramente vía genética y/o factores ambientales, así como:
 - Inflamación coriodecidual
 - Hemorragia decidual
 - Ruptura de membranas
 - Trauma o distensión uterina
 - Señales fetales de compromiso
- Contracciones persistentes llevan a incremento de dilatación y adelgazamiento sobre un periodo de horas antes del parto, resultando en labor activa. (3)



5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- 12.9 millones de partos pretérminos son estimados en 2005 (9.6% de todos los partos en el mundo incluido):
 - 11.9% de partos en África
 - 10.6% de partos en norte América (excluye México)
 - 9.1% de partos en Asia
 - 8.1% de partos en latino América. (4)



5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

MATERNO

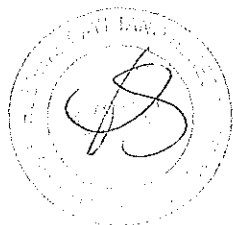
- Antecedente de aborto o de partos prematuros. (5)
- Bajo nivel socioeconómico
- Edad menor de 15 o mayor de 40 años
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Peso pre gravídico menor de 40 kg
- Menor de 4 controles prenatales
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Analfabetismo
- Narco adicción
- Infección:
 - Cervicovaginal (Vaginosis bacteriana)
 - Intramniótica (con membranas ovulares integra) – Urinaria (pielonefritis)
 - ETS
 - TORCH
 - Hepatitis
- Anomalías útero cervicales: – Incompetencia cervical – Malformaciones uterinas – Miomatosis uterina
- Patologías que producen hipoxia:
 - Cardiopatías
 - Asma
 - Alteraciones hematológicas
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo
 - Anemia
- Cirugía abdominal previa durante el embarazo.
- Conización
- RPM y Corioamnionitis
- Traumatismos
- El esfuerzo físico y el estrés psíquico
- Prematuras iatrogénica por inducción o cesárea anticipada

FETALES

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- RCIU
- Óbito fetal
- LÍQUIDO AMNIÓTICO
 - Polihidramnios
 - Oligohidramnios
- Infecciones intercurrentes

PLACENTARIOS

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro



- Placenta circunvalada
- Inserción marginal del cordón umbilical

6 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

- Dolor en la espalda baja
- Presión abdominal
- Presión pélvica
- Cólicos abdominales
- Cambios o incremento en el flujo vaginal
- Contracciones uterinas, frecuentemente indoloras

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios diagnósticos

- Labor pretérmina, si tiene dilatación cervical progresivo de >3 centímetros con contracciones regulares. (6)
- Si la evaluación clínica sugiere sospecha de parto pretérmino considerar medición de la longitud cervical como una prueba diagnóstica para determinar la probabilidad de parto dentro de las 48 horas, actuar como sigue:
 - Si la longitud de cérvix es mayor de 15mm explicar que tiene poca probabilidad de ser labor pretérmino. (7)
 - Si la longitud de cérvix es menor de 15 mm, la paciente debería ser diagnosticada como labor pretérmino y ofrecer tratamiento. (7)

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Irritabilidad uterina
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Patología digestiva dolorosa

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De patología clínica

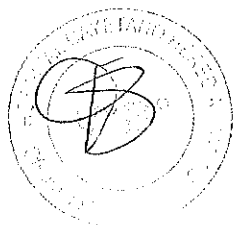
- Laboratorio
- Hemograma, Hb, Hto.
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Examen de orina - urocultivo
- Examen directo de secreción vaginal

6.3.2. De imágenes y otros métodos diagnósticos

- Ecografía obstétrica
- Evaluación de la longitud cervical por ecografía transvaginal
- Perfil biofísico (a partir de 28 semanas)
- Monitoreo obstétrico fetal (NST a partir de 28 semanas)

6.3.3. De exámenes especializados complementarios

- No aplica



6.3.4. Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE

- Recomendaciones:
 - 1.- En gestantes con síntomas de labor de PPT (contracciones uterinas) y membranas intactas, recomendamos realizar ecografía transvaginal para medir la longitud cervical. (Recomendación fuerte a favor, certeza muy baja de la evidencia)
 - 2.- Si la longitud cervical es menor a 15mm, recomendamos seguir el protocolo de PPT. (Recomendación fuerte a favor, certeza muy baja de la evidencia)
 - 3.- Si la longitud cervical se encuentra entre 15 a 30mm, recomendamos considerar seguir el protocolo de PPT. (Recomendación fuerte a favor, certeza muy baja de la evidencia)
 - 4.- Si la longitud cervical es mayor a 30mm, sugerimos no seguir el protocolo de PPT. (Recomendación condicional a favor, certeza muy baja de la evidencia)

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

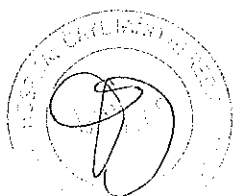
- Historia clínica completa con enfoque de riesgo de parto pretérmino
- Confirmar edad gestacional
- Control de signos vitales maternos
- Examen clínico en busca de la posible etiología
- Estimar peso fetal, mediante la medición de la altura uterina y/o ecografía obstétrica y ver si corresponde con la edad gestacional
- Control de vitalidad fetal (Ecografía, NST)
- Reposo relativo en decúbito lateral izquierdo
- Realizar la medición de longitud de cérvix y luego seguir protocolo de parto pretérmino según correspondan

TRABAJO DE PARTO

- Hospitalización
- Continuar o iniciar hidratación vía endovenosa rápida con cloruro de sodio 0.9% 1000 cc empezar con 500 cc a goteo rápido y continuará 50 cc por minuto
- Reposo relativo en decúbito lateral izquierdo
- Monitoreo materno fetal
- Confirmación de la edad gestacional
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible)
- Iniciar protocolo de trabajo de parto pretérmino

6.4.2. Terapéutica

- Tratamiento si presenta longitud de cérvix menor de 15mm o diagnóstico de trabajo de parto pretérmino.
- Tocólisis
 - Considere tocólisis entre 24 +0 y 33 +6 semanas de gestación con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino
 - Nifedipino: antagonista de canales de calcio, administrar 10-20mg VO seguido por 10-20 mg VO después de 20 minutos x 3 dosis si persisten las contracciones, seguido



por 10-20 mg VO cada 6-8 horas por 48 horas; considerando dosis máxima 180mg al día.

- Corticoides
 - En pretérminos entre 24- 34 semanas y el parto posible dentro de 7 días
 - Dosis
 - Betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis
 - Dexametasona 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis
- Sulfato de magnesio
 - Considerado antes de las 32 semanas de gestación para neuro protección fetal cuando se piensa que está en riesgo de parto entre los 30 minutos a 24 horas
 - Dosis inicial: 4g en bolo IV de 20 minutos
 - Dosis de mantenimiento: 1g/hora IV durante 24 horas
 - Monitoreo de signos clínicos de toxicidad de sulfato magnesio cada 4 horas del pulso, presión, frecuencia respiratoria y reflejo osteotendinosos
 - Si desarrollan oliguria y evidencia de falla renal, monitoreo más frecuente, reducir o detener el sulfato de magnesio
- Profilaxis de streptococcus del grupo B
 - Cultivo obtenido en consultorio de 35-37 semanas positivo
 - Si no se conoce el estatus
 - Desempeñar cultivo en la admisión
 - Comenzar profilaxis si es positivo o desconocido el estatus

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Tocólisis
 - Mareos
 - Sofocos
 - Hipotensión
- Corticoides
 - Hiperglicemia transitoria
 - Leucocitosis dentro de las 24 horas
- Sulfato de magnesio
 - Sofocos
 - Diaforesis
 - Perdida del reflejo del tendón profundo (9.6-12mg/dl)
 - Parálisis respiratoria (12-18mg/dl)
 - Paro cardíaco (24-30mg/dl)
 - Contraindicaciones: Myasthenia gravis

6.4.4. Signos de alarma

- Contracciones persistentes
- Sangrado
- Perdida del líquido amniótico
- Perdida del bienestar fetal



6.4.5. Criterios de alta

A las 48 horas después de que los síntomas y signos hayan sido controlados
Dar tratamiento de la etiología identificadas

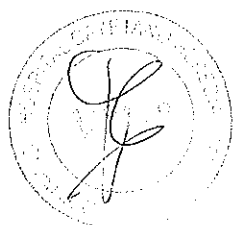
6.4.6. Pronostico

25% de pacientes vuelven a tener parto pretérmino

Entre 6.7-32% de los recién nacidos pretérminos presentan déficits mayores, que incluyen parálisis cerebral, retardo mental, sordera neurosensorial, defectos visuales severos que pueden complicarse con hidrocefalia progresiva y convulsiones crónicas; y requieran programas especiales de educación e intervenciones terapéuticas individuales

6.4.7. Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE

- Corticoides
- Recomendación:
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. (Recomendación fuerte a favor, certeza moderada de la evidencia)
- Recomendación:
En mujeres que serán sometidas a parto abdominal en gestaciones pretérmino-tardías (34+0 a 36+6 semanas), sugerimos no brindar corticoides prenatales. (Condicional en contra, certeza muy baja de la evidencia)
- Recomendación:
Cuando se decida administrar corticoides prenatales, recomendamos brindar un ciclo de dexametasona intramuscular (IM) (6mg cada 12 horas hasta completar 4 dosis) o de betametasona IM (12mg cada 24 horas hasta completar 2 dosis). (Recomendación fuerte a favor, certeza baja de la evidencia)
- Recomendación:
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. (Recomendación condicional a favor, certeza baja de la evidencia)
- BCP1:
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.
- Sulfato de magnesio
- Recomendación:
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. (Recomendación fuerte a favor, certeza baja de la evidencia)
- Recomendación:
En mujeres con 30+0 a 31+6 semanas de gestación en labor de PPT establecido o PPT planificado en las siguientes 24 horas, sugerimos brindar sulfato de magnesio endovenoso. (Recomendación condicional a favor, certeza baja de la evidencia)
- BPC1:
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).

- BPC2:
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.
- Tocólisis
- Recomendación:
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. (Recomendación condicional a favor, certeza muy baja de la evidencia)
- BCP1:
Los bloqueadores de canales de calcio (nifedipino) son los agentes tocolíticos de primera elección.
- BCP 2:
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.

7 COMPLICACIONES

Materna: compromiso del futuro obstétrico por cesárea pretérmino

Fetales: hemorragia intracerebral, retinopatía del prematuro, asfixia perinatal, enterocolitis necrotizante, encefalopatía hipóxico – isquémica, displasia broncopulmonar y muerte neonatal

8 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La referencia se decidirá de acuerdo con los criterios establecidos para decidir el Nivel de atención de cada paciente.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias - FONP

Toda paciente con sospecha de amenaza de parto pretérmino y con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino referir a FONB.

Paciente con diagnóstico de parto pretérmino definido referir a FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB

Manejo de la sospecha y la amenaza de parto pretérmino.

En caso de parto pretérmino definido referir a FONE.

Contrarreferir a establecimiento de origen.

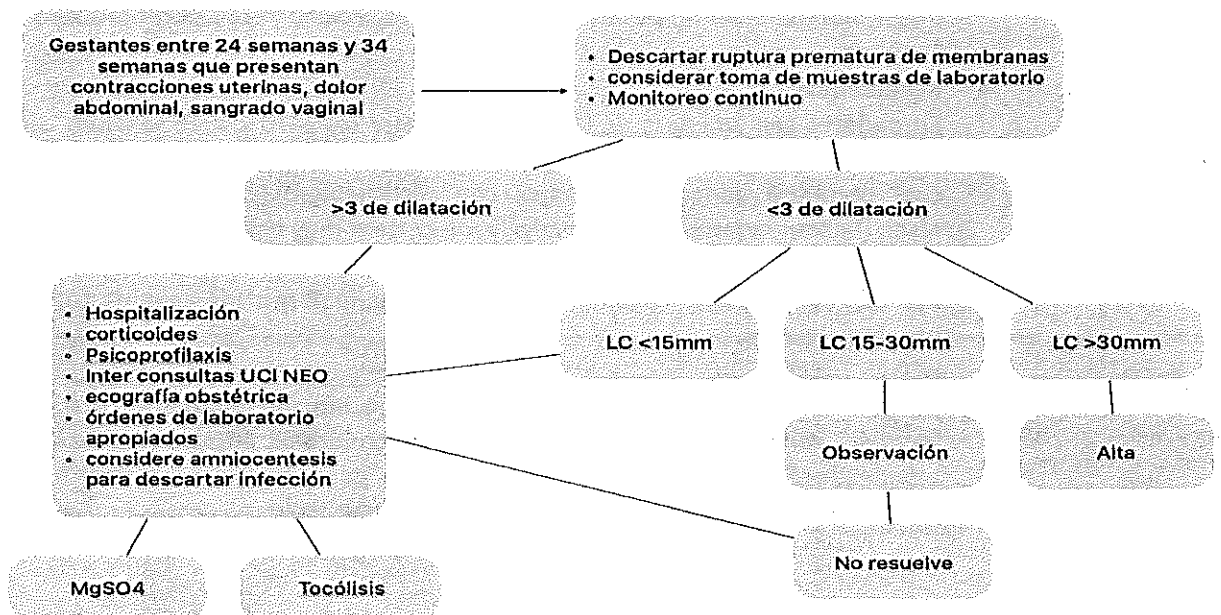
Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE

Pacientes en condiciones de alta referidas de Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales FON Primarias y FON Básicas serán contrarreferidas a establecimiento de origen, según tipo de parto.



9 ANEXOS

FLUJOGRAMA

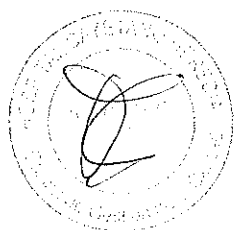


10 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

1. Chao TT, Bloom SL, Mitchell JS, McIntire DD, Leveno KJ. The diagnosis and natural history of false preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2011;118(6):1301-1308.
2. Iams JD. Clinical practice. Prevention of preterm parturition. *N Engl J Med.* 2014 Jan 16;370(3):254-61, commentary can be found in *N Engl J Med* 2014 May 8;370(19):1861
3. Iams JD. Clinical practice. Prevention of preterm parturition. *N Engl J Med.* 2014 Jan 16;370(3):254-61, commentary can be found in *N Engl J Med* 2014 May 8;370(19):1861
4. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, Rubens C, Menon R, Van Look PF. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ.* 2010 Jan;88(1):31-8. doi: 10.2471/BLT.08.062554. Epub 2009 Sep 25. PMID: 20428351; PMCID: PMC2802437.
5. Kazemier BM, Buijs PE, Mignini L, Limpens J, de Groot CJ, Mol BW; EBM CONNECT. Impact of obstetric history on the risk of spontaneous preterm birth in singleton and multiple pregnancies: a systematic review. *BJOG.* 2014 Sep;121(10):1197-208; discussion 1209. doi: 10.1111/1471-0528.12896. Epub 2014 Jun 5. PMID: 24899245.
6. Tsoi E, Fuchs IB, Rane S, Geerts L, Nicolaides KH. Sonographic measurement of cervical length in threatened preterm labor in singleton pregnancies with intact membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005 Apr;25(4):353-6. doi: 10.1002/uog.1809. PMID: 15736212.
7. Alfirevic Z, Allen-Coward H, Molina F, Vinuesa CP, Nicolaides K. Targeted therapy for threatened preterm labor based on sonographic measurement of the cervical length: a randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007 Jan;29(1):47-50. doi: 10.1002/uog.3908. PMID: 17201013.
8. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization.* 2010;88:31-8.
9. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet.* 2012;379(9832):2162-72.
10. Escobar GJ, McCormick MC, Zupancic JA, Coleman-Phox K, Armstrong MA, Greene JD, et al. Unstudied infants: outcomes of moderately premature infants in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition.* 2006;91(4):F238-F44.
11. Huang J, Zhang L, Kang B, Zhu T, Li Y, Zhao F, et al. Association between perinatal hypoxic-ischemia and periventricular leukomalacia in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *PloS one.* 2017;12(9):e0184993.
12. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *The lancet.* 2008;371(9607):164-75.
13. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú Vol 26 – SE 49 2017 [Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/49.pdf>.
14. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal.* 2010;182(18):E839-E42.



15. Ministerio de Salud. Documento técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica. Lima, Perú: MINSA; 2015.
16. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj*. 2011;343:d5928.
17. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa (ON): Ottawa Hospital Research Institute; 2009. Available in March. 2016.
18. Whiting PF, Rutjes AW, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Annals of internal medicine*. 2011;155(8):529-36.
19. 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. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-25.
20. Mesiano S, Weatherborn M. Rationale for Current and Future Progesterin-Based Therapies to Prevent Preterm Birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018.
21. Ehsanipoor RM, Seligman NS, Saccone G, Szymanski LM, Wissinger C, Werner EF, et al. Physical examination–indicated cerclage: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2015;126(1):125-35.
22. Dodd JM, Jones L, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *The Cochrane Library*. 2013.
23. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012;206(2):124. e1-. e19.
24. Bimbashi A, Ndoni E, Dokle A. Progesterone for prevention of preterm birth. *Journal of Perinatal Medicine*. 2013;41:783.
25. Saleh Gargari S, Habibolahhi M, Zonobi Z, Khani Z, Sarfjoo FS, Kazemi Robati A, et al. Outcome of vaginal progesterone as a tocolytic agent: randomized clinical trial. *ISRN obstetrics and gynecology*. 2012;2012.
26. Palacio M, Cobo T, Antolín E, Ramirez M, Cabrera F, Mozo de Rosales F, et al. Vaginal progesterone as maintenance treatment after an episode of preterm labour (PROMISE) study: a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(12):1990-9.
27. Conde-Agudelo A, Romero R, Nicolaides K, Chaiworapongsa T, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone vs cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2013;208(1):42. e1-. e18.
28. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone decreases preterm births $\leq$ 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2016;48(3):308-17.
29. Norman JE, Marlow N, Messow C-M, Shennan A, Bennett PR, Thornton S, et al. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *The lancet*. 2016;387(10033):2106-16.

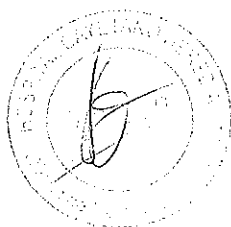


30. Alfirevic Z, Stampalija T, Roberts D, Jorgensen AL. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. Cochrane database of systematic reviews. 2011;4.
31. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, Rust OA, Owen J. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2011;117(3):663-71.
32. 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.
33. Gupton A, Heaman M. Learning needs of hospitalized women at risk for preterm birth. *Applied Nursing Research*. 1994;7(3):118-24.
34. Gaucher N, Payot A. From powerlessness to empowerment: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatrics & child health*. 2011;16(10):638-42.
35. Griffin T, Kavanaugh K, Soto CF, White M. Parental evaluation of a tour of the neonatal intensive care unit during a high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1997;26(1):59-65.
36. Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, Ayers S, et al. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013;120(5):637-43.
37. Young E, Tsai E, O'Riordan A. A qualitative study of predelivery counselling for extreme prematurity. *Paediatrics & child health*. 2012;17(8):432-6.
38. Oakley A, Rajan L, Grant A. Social support and pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1990;97(2):155-62.
39. Villar J, Farnot U, Barros F, Victora C, Langer A, Belizan JM. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *New England Journal of Medicine*. 1992;327(18):1266-71.
40. Salomon L, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo C, Hernandez-Andrade E, Johnsen S, et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2011;37(1):116-26.
41. Tchirikov M, Schlubritz-Loutsevitch N, Maher J, Buchmann J, Naberezhnev Y, Winarno AS, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *Journal of perinatal medicine*. 2017.



LISTA DE CHEQUEO

	SI	NO	NA
Se confirma la edad gestacional idealmente con ecografía de las 10 a las 13+6 semanas			
Se identifica gestación entre 24 y 34 semanas, que presenta: • Sangrado o <i>spotting</i> • Contracciones regulares en tocometría externa • Pérdida de líquido • Condiciones coexistentes tales como corioamnionitis, abruption, infección del tracto urinario y/u otras relacionadas al PPT • Otros factores de riesgo			
Se realiza evaluación del bienestar fetal: • Monitoreo fetal externo y tocometría • Ecografía básica • Ecografía transvaginal para medición de longitud de cérvix			
Se realiza examen vaginal • Examen con espéculo estéril • Examen digital si no presenta RPMPT o placenta previa			
Si dilatación ≥ 3 o borramiento $>80\%$ • Protocolo de admisión de labor de parto pretermino			
Si dilatación < 3 o borramiento $<80\%$ 1. LC<15mm a. Protocolo de admisión de labor de parto pretermino 2. LC 15-29mm a. Considerar protocolo de admisión de labor de parto pretérmino 3. LC≥ 30 a. Alta o b. Si las contracciones persisten, observación por 24 horas 4. Manejo de acuerdo al examen digital a. No cambios cervicales			



i. Alta o ii. Si las contracciones persisten, observacion por 24 horas b. Cambios cervicales i. a. Protocolo de admision de labor de parto pretermino			
Si se inicia tocoliticos evaluando la edad gestacional, causas y contraindicaciones de PPT, 20mg dosis de carga oral, luego 10-20mg c/4-6h (dosis maxima 180 mg por dia)			
Se inicia corticoterapia con betametasona en dosis 12mg IM c/24h por 2 dosis o dexametasona 6mg c/12h por 4 dosis, si se encuentra entre 24 y 34 semanas de gestación, en mujeres con probabilidad de parto dentro de 7 dias			
Se inicia sulfato de magnesio de 4g en bolo sobre 15 minutos, luego 1g por hora como infusion continua por 24 horas si edad gestacional es menor a 32 semanas			
Se indica progesterona a gestaciones únicas con antecedente de parto pretermino espontáneo hasta las 34 semanas o gestaciones con longitud de cervix de 20mm o menos antes de 24 semanas			



