

# BMJ Best Practice

## Trabajo de parto prematuro

Directamente al punto de atención



Última actualización: Mar 19, 2025

# Tabla de contenidos

<b>Descripción general</b>	<b>3</b>
Resumen	3
Definición	3
<b>Teoría</b>	<b>4</b>
Epidemiología	4
Etiología	4
Fisiopatología	6
Clasificación	6
Antecedentes de caso	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Abordaje	8
Anamnesis y examen	11
Factores de riesgo	12
Pruebas diagnósticas	16
Diferenciales	19
<b>Manejo</b>	<b>21</b>
Abordaje	21
Resumen del algoritmo de tratamiento	25
Algoritmo de tratamiento	26
Emergente	35
Prevención primaria	35
Prevención secundaria	37
Discusión con el paciente	37
<b>Seguimiento</b>	<b>38</b>
Monitorización	38
Complicaciones	38
Pronóstico	38
<b>Guías de práctica clínica</b>	<b>40</b>
Guías de práctica clínica para el diagnóstico	40
Guías de práctica clínica de tratamiento	41
<b>Recursos online</b>	<b>43</b>
<b>Tablas de evidencias</b>	<b>44</b>
<b>Referencias</b>	<b>46</b>
<b>Descargo de responsabilidad</b>	<b>63</b>

## Resumen

El parto prematuro puede deberse a diversos factores y se produce entre las semanas 24 y 37 de gestación. El trabajo de parto prematuro espontáneo suele estar asociado a infección e inflamación, sobre todo en gestaciones tempranas. Solo una minoría de las mujeres que presentan contracciones pretérmino progresa al trabajo de parto y al parto.

Los factores de riesgo incluyen trabajos de parto prematuro, cirugías del cuello uterino, infecciones urinarias, cesárea de emergencia previa y embarazos múltiples (multifetales). El sangrado y la rotura prematura de membranas en cualquier gestación se relacionan con tasas más altas de parto prematuro.

Se puede pronosticar el nacimiento espontáneo prematuro mediante una exploración física digital serial o una ecografía transvaginal del cuello uterino. También puede utilizarse la fibronectina fetal detectada en las secreciones cervicovaginales. La combinación de la ecografía cervical con la fibronectina fetal permite realizar la mejor predicción del avance hacia un parto prematuro.

No se han identificado intervenciones profilácticas eficaces. El cerclaje cervical tiene un papel limitado en las mujeres con alto riesgo, y el tratamiento con progesterona puede ser beneficioso. Pocas intervenciones en el estilo de vida mejoran el resultado, pero se recomienda el abandono del hábito de fumar.

El traslado intraútero a instalaciones neonatales adecuadas y los corticosteroides prenatales reducen la mortalidad y morbilidad perinatales. En algunas pacientes, se utilizan fármacos tocolíticos para prevenir el nacimiento a corto plazo, a fin de lograr el traslado intraútero y permitir la administración de corticosteroides. El uso de la tocólisis a más largo plazo no está establecido como intervención eficaz.

## Definición

No existe una definición de trabajo de parto prematuro reconocida internacionalmente. El parto prematuro ocurre entre las semanas 24 y 37 de gestación. Sin embargo, los bebés ahora pueden sobrevivir a partir de las 22 semanas de gestación.[1] En dos tercios de los casos, el nacimiento prematuro se produce tras el inicio espontáneo del trabajo de parto.[2] Solo una minoría de las mujeres que presentan contracciones pretérmino, lo que se conoce como amenaza de parto pretérmino (APP), progresan al trabajo de parto y al parto. El resto de los casos de parto prematuro se debe al parto iatrogénico, muy frecuentemente por causa de preeclampsia y de restricción del crecimiento intrauterino. La rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) se define como la rotura de las membranas a <37 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. Este tema se centrará en el manejo del trabajo de parto prematuro espontáneo que puede seguir a la APP o a la RPMP.

## Epidemiología

En todo el mundo, casi 1 millón de bebés murieron debido a complicaciones del parto prematuro en 2020, con tasas estables en las últimas décadas.[3] Un bebé nace prematuro cada 2 segundos y uno muere cada 40 segundos en promedio.[3]

En el Reino Unido, el 7.6% de los nacidos vivos fueron prematuros en 2021; las tasas de nacimientos prematuros fueron más altas entre los bebés de raza negra (8.7 %) y asiáticos (8.1 %).[4]

En los Estados Unidos, aproximadamente 1 de cada 10 bebés nace prematuro cada año.[5] [6] Las tasas de nacimientos prematuros en EE. UU. disminuyeron un 1% en 2022, tras un aumento del 4% de 2020 a 2021.[5] Entre el 2020 y el 2022, el porcentaje promedio de nacidos vivos prematuros osciló entre el 9.2 % entre los asiáticos y los isleños del Pacífico y el 14.6 % entre los bebés de raza negra.[6] La desventaja social y los polimorfismos genéticos pueden explicar algunas de las diferencias observadas entre las etnias.[7]

El parto prematuro es atribuible a causas espontáneas e iatrogénicas (es decir, por indicación materna o fetal); un tercio de todos los partos prematuros es iatrogénico.[2] Entre 1995 y 2004, el parto prematuro aumentó en aproximadamente el 50% en mujeres europeas con bajo riesgo de entre 20 y 40 años de edad.[8]

Menos del 1.5% de todos los nacimientos ocurren antes de las 32 semanas de gestación.[9] La mortalidad y la morbilidad grave son infrecuentes después de las 32 semanas de gestación, aunque todavía ocurren efectos más sutiles a largo plazo, como problemas de comportamiento durante la infancia, en gestaciones más tardías.

## Etiología

El trabajo de parto prematuro tiene una etiología multifactorial y actualmente se considera un síndrome. Sus factores causales generalmente pueden categorizarse en maternos o fetales.

### Factores maternos

- El trabajo de parto prematuro espontáneo suele estar asociado a infección e inflamación, sobre todo en gestaciones tempranas. Una vez que se produce la infección intrauterina, puede no ser deseable prolongar el embarazo, ya que la infección puede causar daño neurológico al feto, así como una mayor incidencia de afecciones como la enterocolitis necrotizante y potencialmente la displasia broncopulmonar.[10] [11] [12] Las infecciones urinarias, incluida la bacteriuria asintomática, están fuertemente relacionadas con el parto prematuro. El tratamiento de estas infecciones resulta en una reducción significativa de la incidencia de la pielonefritis y del bajo peso al nacer.[13] La flora vaginal anormal, en particular la vaginosis bacteriana que se presenta en la etapa temprana del embarazo, se asocia con un mayor riesgo de tener un trabajo de parto prematuro espontáneo.[14] Sin embargo, el tratamiento antimicrobiano no tiene un impacto significativo en la probabilidad de parto prematuro.[15] Además, actualmente no se recomienda realizar cribados de vaginosis bacteriana, dado que ninguna intervención ha demostrado mejorar el resultado.[16] Las infecciones sistémicas, como la malaria o listeriosis, también pueden causar un trabajo de parto prematuro.
- El riesgo de tener un trabajo de parto prematuro es mayor en aquellas mujeres que han tenido un parto prematuro previo.[17] Un parto prematuro previo incrementa el riesgo 4 veces, y llega a 6.5

- veces con dos partos prematuros previos. La edad gestacional al momento del parto también influye en el riesgo: cuanto más temprano es el parto, mayor es el riesgo de recurrencia.
- Varios factores asociados con la desventaja social y el estilo de vida se han relacionado con el trabajo de parto prematuro espontáneo, como la mala nutrición, el tabaquismo, ser soltera, el consumo de café y el uso de alcohol y de drogas recreativas.[18] [19] [20] Los mecanismos y las causas son difíciles de esclarecer, dado que muchos de esos factores suelen estar relacionados. Existe cierta evidencia que indica que los programas para abandonar el tabaquismo podrían reducir las tasas de parto prematuro, pero abordar otros factores sociales no ha demostrado ser eficaz.[21]
  - La violencia doméstica se vincula con el trabajo de parto prematuro, y esta asociación es prevalente en todos los grupos sociales.[22]
  - Un traumatismo de cuello uterino, como la dilatación iatrogénica del cuello uterino o un tratamiento previo para la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), aumenta el riesgo.[18] La conización láser, la diatermia radical y las extirpaciones con asa pueden estar asociadas con riesgos más altos de eventos adversos, incluida la mortalidad perinatal.[23] La preparación cervical o las técnicas menos invasivas (p. ej., evitar las biopsias en cono) podrían reducir riesgos futuros.[24]
  - La cesárea de urgencia previa se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro recurrente posterior.[25] [26]
  - Las mujeres con antecedentes de aborto inducido también tienen un mayor riesgo de trabajo de parto prematuro y parto prematuro, particularmente en los partos con menos de 28 semanas de gestación.[27]
  - Una longitud corta del cuello uterino (<2 cm) y un resultado positivo en la prueba de fibronectina fetal incrementan el riesgo de parto prematuro. Dichas pruebas tienen mayor valor predictivo si se realizan combinadas.[28]
  - El bajo peso materno se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro. Las tasas más altas de parto prematuro espontáneo se asocian a un índice de masa corporal bajo. Sin embargo, las causas iatrogénicas de los partos prematuros se incrementan con la obesidad, posiblemente debido al estrés oxidativo asociado, en particular como resultado de preeclampsia.[24]
  - Rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP): En más de un tercio de las mujeres pretérmino, la rotura se produce antes del inicio de las contracciones sintomáticas.[29] Esto se asocia con un mayor riesgo de infección materna y fetal (ambas como causa y consecuencia de la RPMP). La acumulación de líquido amniótico podría observarse en un examen con espéculo.
  - Las caries dentales, una mala dentadura y la enfermedad periodontal se pueden relacionar con un mayor riesgo de parto prematuro.[30] Sin embargo, el tratamiento no influye en el resultado.[31]

#### Factores fetales

- Los embarazos múltiples (multifetales) se asocian con el trabajo de parto prematuro debido al estiramiento del útero. Este riesgo aumenta aún más si hay otros factores de riesgo presentes, como antecedentes de parto prematuro espontáneo o si se descubre que la madre tiene un cuello uterino corto en la prueba de detección de la longitud del cuello uterino.[32] Debe explicarse el riesgo elevado de parto prematuro espontáneo en un embarazo múltiple; y deben discutirse los riesgos, signos y síntomas del parto prematuro. La atención prenatal e intraparto la debe proporcionar un equipo multidisciplinar de obstetras y matronas, con experiencia en el manejo de embarazos múltiples.[32] La evidencia sobre la predicción y prevención del trabajo de parto prematuro para los embarazos múltiples es limitada, y se necesita más investigación.[33] [34] Limitar la cantidad de transferencias de embriones para evitar embarazos múltiples de alto grado podría contribuir sustancialmente a la reducción de la tasa de partos prematuros tempranos.

- Las anomalías fetales y el polihidramnios también pueden causar parto prematuro espontáneo. Entre los signos fetales frecuentes para los trabajos de parto prematuro se incluyen el retraso del crecimiento fetal, el estrés fetal y las alteraciones congénitas. Las anomalías fetales se asocian al 8% de los partos prematuros (incluido el parto pretérmino iatrogénico).[35]

## Fisiopatología

No se comprenden bien la endocrinología y la bioquímica del trabajo de parto prematuro, en parte porque los mecanismos del inicio del trabajo de parto son diferentes en los animales, lo cual dificulta las extrapolaciones de estudios de animales a humanos.

Para que se produzca un parto prematuro, el cuello uterino pasa por cambios considerables relacionados con la ruptura del colágeno y la alteración del contenido de proteoglicanos y de agua, lo cual permite el borramiento y la dilatación. El segmento uterino superior hipertrofiado da paso a las contracciones dominadas por el fondo uterino, que se coordinan para expulsar el feto. Este es un proceso gradual que generalmente dura unas semanas, lo cual permite que ciertas pruebas fisiológicas (p. ej., ultrasonido del cuello uterino) y bioquímicas (p. ej., fibronectina fetal) puedan predecir el parto.[36] [37] Dichas pruebas tienen mayor valor predictivo si se realizan combinadas.[28] Los factores clínicamente identificados, como las contracciones o la dilatación cervical, ocurren al final del proceso, lo cual explica en parte la deficiencia de la tocólisis para mejorar el resultado.[38]

El segmento uterino inferior también se estira, y se produce un incremento en los mediadores de inflamación y las prostaglandinas. El cambio del cuello uterino está mediado por el influjo de las células inflamatorias que liberan metaloproteinasas de matriz. La contractilidad aumentada del segmento superior se asocia con la expresión de los receptores de oxitocina y prostaglandina, proteínas de uniones comunicantes y otras vías de señalización. No se observa una retirada de progesterona en humanos antes del trabajo de parto, pero la terapia de progesterona puede ser antiinflamatoria y, por lo tanto, constituye un mecanismo plausible como tratamiento profiláctico.[39]

La infección también causa inflamación y los microorganismos que ascienden por un cuello uterino deficiente pueden estimular una respuesta inflamatoria a través del sistema inmune innato. Otras vías incluyen la propagación hematógena, la introducción iatrogénica y la propagación retrógrada a través de las trompas de Falopio. Estas activan las prostaglandinas, las citocinas inflamatorias y la fosfolipasa A2 y pueden ocasionar una ruptura en la membrana o contracciones. Esto también podría explicar el mayor riesgo de tener un trabajo de parto prematuro ante una infección del tracto genital.[14]

Es probable que la etiología del parto prematuro sea multifactorial y que la lesión del cuello uterino también sea un factor contribuyente en algunos casos. También se cree que la cirugía cervical, como las escisiones con asa grande, la biopsia de cono y la cesárea de emergencia, dañan el cuello uterino, lo que puede contribuir a un parto prematuro.[25] [26] [40]

## Clasificación

### Según edad gestacional[3]

- Prematuro moderado a tardío: de 32 a <37 semanas de gestación
- Muy prematuro: de 28 a <32 semanas de gestación
- Extremadamente prematuro: <28 semanas de gestación.

## Antecedentes de caso

### Antecedentes de caso #1

Una mujer de 22 años de edad se presenta a la consulta en la semana 32 de gestación de su primer embarazo con contracciones regulares dolorosas durante 6 horas. Presenta un índice de masa corporal (IMC) de 17 kg/m<sup>2</sup>, fuma 10 cigarrillos por día y tiene antecedentes de una extirpación amplia con asa en el cuello uterino después de un diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado II. Ha sufrido infecciones urinarias recurrentes, incluidos dos cultivos positivos durante el embarazo, pero sin episodios de sangrado vaginal. No presenta antecedentes de uso de drogas recreativas, ni de violencia doméstica. No existen antecedentes familiares de partos prematuros. La ecografía previa mostró una anatomía uterina y una anatomía fetal normales. El análisis de orina con tira reactiva demuestra la presencia de leucocitos y nitritos. Un examen con espéculo revela un cuello uterino cerrado, de <2 cm de longitud, y un exudado positivo de fibronectina fetal a pie de cama.

### Otras presentaciones

Entre el 25% y el 30% de las mujeres embarazadas presenta rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP). Las presentaciones atípicas pueden incluir molestia o dolor inespecífico en la parte inferior del abdomen o en la espalda. La fiebre sistémica de cualquier etiología, particularmente malaria o listeriosis, puede estar asociada con el trabajo de parto prematuro. En las mujeres que presentan sin dolor, la secreción vaginal puede deberse a un trasudado de las membranas fetales expuestas (que puede imitar la rotura de las membranas fetales). Las mujeres pueden presentar con hemorragia prenatal, que indica una separación o un desprendimiento prematuro de la placenta, que conlleva dolor, actividad uterina y contracciones. Se puede identificar a las mujeres asintomáticas en riesgo de trabajo de parto prematuro mediante un ultrasonido de rutina o durante el cribado de casos de alto riesgo. Las longitudes de cuello uterino menores de 1.5 cm se asocian con un aumento considerable del riesgo de tener un trabajo de parto prematuro. También se puede identificar a las mujeres en riesgo en casos asintomáticos mediante el cribado bioquímico (p. ej., fibronectina fetal). Los embarazos múltiples (multifetales) de alto grado (es decir, trillizos) casi siempre derivan en partos prematuros.

## Abordaje

El parto se diagnostica por las contracciones regulares del cuello uterino que producen cambios o dilatación del cuello uterino. Sin embargo, en el trabajo de parto prematuro, la oportunidad de intervención es limitada una vez que estas han ocurrido. Por lo tanto, debe iniciarse el manejo antes de la confirmación del trabajo de parto. La amenaza de trabajo de parto prematuro (ATPP) se refiere a las mujeres que presentan contracciones uterinas pretérmino, pero sin borramiento o dilatación del cuello uterino.

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro implica establecer la probabilidad del parto, determinar el bienestar fetal con una cardiotocografía (CTG) sin estrés y buscar una causa subyacente, como el desprendimiento prematuro de la placenta o una infección. Un tercio de las mujeres embarazadas que tienen partos prematuros presenta la rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP). No es fiable realizar un diagnóstico de parto en base a una sola exploración física. Sin embargo, las contracciones uterinas frecuentes, un resultado positivo en la prueba de fibronectina fetal, una dilatación del cuello uterino a >3 cm y la rotura de membranas aumentan la probabilidad de que el trabajo de parto ya haya iniciado.

Existen varias pruebas bioquímicas para predecir la probabilidad de un parto prematuro, como la proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGFBP-1) y la fibronectina fetal. Un resultado positivo de la prueba de fibronectina fetal aumenta el riesgo de parto prematuro alrededor de 4 veces, mientras que un resultado negativo reduce el riesgo en un 70%.<sup>[89]</sup> La combinación de un ultrasonido cervical con la fibronectina fetal permite la mejor predicción del parto prematuro.<sup>[28]</sup>

Existe una aplicación para calcular el riesgo de nacimiento pretérmino mediante la incorporación de la fibronectina fetal cuantitativa y la longitud del cuello uterino, además de los antecedentes clínicos.<sup>[90]</sup> <sup>[91]</sup>

### Antecedentes y exploración física sistémica

No existen umbrales específicos ante los cuales la frecuencia de las contracciones se vuelva significativa; incluso las contracciones regulares no se asocian con el trabajo de parto en la mayoría de los casos. El endurecimiento uterino es un hallazgo fisiológico normal y la percepción es altamente variable. Sin embargo, cuanto más sintomáticas y frecuentes son las contracciones, más probabilidades existen de que conduzcan al parto. Si bien no son fiables para predecir positivamente el trabajo de parto, las contracciones con una frecuencia de >1 cada 10 minutos tienen menos probabilidad de ser las contracciones fisiológicas de Braxton-Hicks.

Las presentaciones atípicas pueden incluir dolor abdominal o de espalda inespecífico. El sangrado vaginal podría indicar una hemorragia prenatal, debido al desprendimiento prematuro de la placenta. Generalmente se asocia con dolor y contracciones uterinas. La fiebre sistémica por cualquier causa, incluida la malaria o la listeriosis, puede causar un trabajo de parto prematuro. La frecuencia cardíaca del feto o la materna podrían aumentar en respuesta a la infección.

Pueden existir antecedentes de un parto prematuro previo, lo cual incrementa el riesgo de partos prematuros subsiguientes, incluso si el primero fue inducido médicamente. Las mujeres que han tenido abortos inducidos tienen un mayor riesgo de trabajo de parto prematuro, incluso después de un único procedimiento, y el riesgo se incrementa con procedimientos subsiguientes y posteriores.<sup>[27]</sup> Sin embargo, la mayoría de las mujeres no tiene antecedentes de partos prematuros.<sup>[17]</sup> <sup>[41]</sup>

Puede haber antecedentes de cirugía previa por neoplasia intraepitelial cervical. Los procedimientos ablativos menores, como la crioterapia o el láser, pueden no ser significativos, pero la mayoría de los

otros procedimientos, incluidas las extirpaciones con asa, y particularmente la conización con bisturí frío, se asocian con un mayor riesgo.[23]

Alrededor del 60% de los gemelos nacen prematuros y el 19.5% nacen antes de las 34 semanas de gestación.[34] Casi todos los embarazos de trillizos y múltiples de alto grado derivan en partos prematuros. Las mujeres con antecedentes de infecciones urinarias recurrentes o concurrentes, incluida la bacteriuria asintomática, pueden tener un mayor riesgo de parto prematuro. El tratamiento de dichas infecciones reduce el riesgo de pielonefritis, parto prematuro y bajo peso al nacer.[13] La vaginosis bacteriana, particularmente en la etapa temprana del embarazo, se asocia con tasas más altas de trabajo de parto prematuro espontáneo; sin embargo, el tratamiento no altera ese riesgo.[14] [15] [16]

Conocer los antecedentes familiares y sociales ayuda a identificar otros factores de riesgo, como mala nutrición, tabaquismo, ser soltera, consumo de café, uso de alcohol y de drogas recreativas y mala higiene dental.[18] [19] [30] La violencia doméstica se vincula con el trabajo de parto prematuro y esta asociación es prevalente en todos los grupos sociales.[22] Existe una mayor proporción de partos prematuros en mujeres de etnia negra.[6]

## Evaluación inicial

El paso inicial para establecer el bienestar del feto es una cardiotocografía (CTG) sin estrés, y la tocografía puede utilizarse para documentar la frecuencia de las contracciones en un registro. Las contracciones con una frecuencia de >1 cada 10 minutos son significativas e indican mayor probabilidad de un trabajo de parto prematuro.

La exploración vaginal digital o el ultrasonido transvaginal en serie del cuello uterino confirmarán si existe un cambio progresivo asociado con las contracciones uterinas. En las mujeres con RPMP debe evitarse la exploración física digital, a menos que exista una alta probabilidad de trabajo de parto, dado que se la ha vinculado con un período de latencia más reducido desde la RPMP hasta el parto.[92] La dilatación avanzada del cuello uterino (>3 cm) o la RPMP junto con las contracciones indican una alta probabilidad de trabajo de parto prematuro. Un cuello uterino cerrado y contracciones antes de las 37 semanas de gestación son consistentes con la amenaza de trabajo de parto prematuro (ATPP).

La ausencia de movimientos de respiración fetal puede indicar un mayor riesgo de parto. Este indicador diagnóstico se compara favorablemente con las pruebas bioquímicas.[93] Sin embargo, requiere de médicos especializados y lleva tiempo, por lo tanto, no se ha adoptado ampliamente.

## Rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP)

La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) es un diagnóstico clínico realizado en base a una anamnesis que sugiere pérdida de líquido amniótico y se confirma mediante un examen con espéculo estéril que revela acumulación de líquido en el fórnix posterior. Si no se observa líquido amniótico, se puede utilizar una prueba de IGFBP-1 o de microglobulina alfa placentaria-1 (PAMG-1) para orientar el tratamiento.[73] [94] En las mujeres con RPMP debe evitarse la exploración física digital, a menos que exista una alta probabilidad de trabajo de parto, dado que se la ha vinculado con un período de latencia más reducido desde la RPMP hasta el parto.[92] Las pruebas confirmatorias, como la de nitrazina, no son necesarias de manera rutinaria. El National Institute for Health and Care Excellence (NICE, por sus siglas en inglés) desaconseja el uso de nitrazina para diagnosticar la RPMP.[73]

La microscopía del fluido vaginal puede revelar líquido amniótico, que se cristaliza y puede tener un patrón con forma de helecho. Los falsos negativos son frecuentes. El examen por ultrasonido es útil para

confirmar el diagnóstico, y la cantidad de líquido amniótico hallado se correlaciona negativamente con la morbilidad infecciosa. Cuanto mayor es la cantidad de líquido amniótico hallado, menor es la probabilidad de infección, ya que el líquido amniótico tiene propiedades bacteriostáticas.

## Pruebas diagnósticas para predecir el trabajo de parto prematuro

### Longitud del cuello uterino

- La longitud del cuello uterino medida por un ultrasonido transvaginal puede indicar la probabilidad de parto inminente, dado que las longitudes de cuello uterino <2 cm están asociadas con un riesgo mucho más alto de parto (>60%).<sup>[55]</sup> Sin embargo, la evaluación de rutina de la longitud del cuello uterino no es una práctica común y no ha demostrado mejorar los resultados, aunque las investigaciones al respecto son limitadas.<sup>[95]</sup>

### Fibronectina fetal

- Se detecta en las secreciones cérvico-vaginales y puede utilizarse para predecir un nacimiento espontáneo después de las 24 semanas de gestación en mujeres con o sin síntomas. Todas las mujeres que presentan contracciones pretérmino entre las semanas 24 y 35 de gestación y que no están en trabajo de parto avanzado (dilatación del cuello uterino <3 cm) deben realizarse un exudado cérvico-vaginal para la prueba de fibronectina fetal. La predicción positiva no es alta (<50%), pero la predicción negativa de la prueba es buena. Pueden obtenerse falsos positivos ante la presencia de sangrado vaginal, cerclaje cervical y manipulación cervical.
- En las mujeres que presentaron síntomas de trabajo de parto prematuro, aproximadamente el 5% tuvo el parto dentro de la primera semana de la presentación; sin embargo, el 20% de las que obtuvieron resultados positivos en la prueba de fibronectina tuvieron el parto dentro de la primera semana, en comparación con el 1% de las que obtuvieron una prueba negativa.<sup>[96]</sup> Sobre la base de esta prueba, pueden considerarse el traslado intraútero a instalaciones neonatales adecuadas y el uso de corticosteroides prenatales.<sup>[97]</sup> Algunos estudios han sugerido que conocer la fibronectina fetal podría incluso reducir la incidencia de partos prematuros mediante intervenciones dirigidas de manera más adecuada.<sup>[98]</sup>
- Aunque la fibronectina fetal se usa a menudo como una prueba binaria, un enfoque cuantitativo puede mejorar la precisión diagnóstica.<sup>[50]</sup>

La capacidad predictiva de estas pruebas puede incrementarse si se combinan, aunque no son válidas si existe dilatación avanzada del cuello uterino (>3 cm) o ruptura de membranas. Combinando los resultados de fibronectina fetal cuantitativa con la longitud del cuello uterino en mujeres que presentan con amenaza de trabajo de parto prematuro, se puede discriminar con mayor exactitud la probabilidad de parto en 7 días.<sup>[99]</sup> <sup>[100]</sup> Existe una aplicación para predecir el riesgo individualizado de parto prematuro espontáneo que utiliza los antecedentes maternos y la fibronectina fetal cuantitativa o la longitud cervical transvaginal derivada de la ecografía.<sup>[101]</sup> [BAPM: QUIPP app toolkit] (<https://www.bapm.org/pages/187-quippp-app-toolkit>)

### Prueba de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGFBP-1)

- La prueba IGFBP-1 es una prueba con tira reactiva inmunocromatográfica a pie de cama que detecta la presencia de la forma fosforilada de la IGFBP-1 en las secreciones del cuello uterino. El resultado positivo de la prueba aparece con dos líneas azules: una línea de control y una línea de la prueba en la zona del resultado. Si al cabo de 5 minutos solo se ve la línea de control, el resultado de la prueba es negativo. También se ha utilizado para confirmar la RPMP con

sensibilidades mayores al 90% y especificidades mayores al 98%.<sup>[102]</sup> Esta prueba no se encuentra disponible en EE. UU.

Prueba de microglobulina alfa 1 placentaria (PAMG-1)

- La prueba PAMG-1 puede utilizarse para determinar el riesgo de parto en mujeres con amenaza de parto prematuro que presentan las membranas intactas.<sup>[103]</sup> La prueba se realiza mediante la toma de una muestra de exudado vaginal bajo y la inserción de la tira de prueba en un pequeño tubo que indica un resultado positivo o negativo.

Sin embargo, el National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido recomienda que no hay pruebas suficientes para el uso rutinario de IGFBP-1 o PAMG-1 para diagnosticar el trabajo de parto prematuro en mujeres con membranas intactas.<sup>[104]</sup> La orientación del NHS England recomienda la fibronectina fetal, ya que se puede usar en mujeres asintomáticas y tiene mejor sensibilidad que las alternativas.<sup>[105]</sup>

## Identificación de causa del trabajo de parto prematuro

Es importante identificar una infección como causa posible del trabajo de parto prematuro, pero también como una consecuencia con importantes implicaciones sobre el manejo. Se debe realizar a las mujeres que presentan amenaza de parto pretérmino (APP) un análisis de orina para analizar el nivel de proteinuria, leucocitos y nitritos y, si resulta positivo, una muestra de orina tomada a mitad de la micción para realizar un análisis microscópico, el cultivo y para determinar las sensibilidades a antimicrobianos. Puede tomarse un exudado vaginal y rectal alto para detectar estreptococos del grupo B.<sup>[106]</sup> Los signos de corioamnionitis deben buscarse juiciosamente, incluyendo la temperatura materna, la frecuencia cardíaca materna y fetal, y cualquier elevación de los marcadores inflamatorios (recuento de leucocitos y proteína C-reactiva).

Una prueba Kleihauer positiva, que es un análisis de sangre de laboratorio para detectar la presencia de células fetales, podría indicar sangrado retroplacentario como causa de las contracciones pretérmino, aunque la utilidad clínica de esta prueba es incierta y no se utiliza en todos los centros. Si se sospecha un desprendimiento de la placenta, se recomienda realizar un hemograma completo para evaluar el nivel de hemoglobina.

El uso de drogas recreativas, particularmente la cocaína, puede precipitar un trabajo de parto prematuro, y debe considerarse un examen toxicológico en orina si se considera que puede ser una posibilidad. Cabe destacar que dicho cribado no es definitivo para la detección de drogas recreativas.

## Anamnesis y examen

### Principales factores de diagnóstico

#### presencia de factores de riesgo (común)

- Los riesgos de tener un trabajo de parto prematuro son mayores cuando existen antecedentes previos de parto prematuro, cirugía de cuello uterino previa, cesárea de emergencia o aborto inducido, infección, embarazos multifetales y fibronectina fetal positiva.

### **contracciones uterinas (común)**

- No existen umbrales específicos ante los cuales la frecuencia de las contracciones se vuelva significativa; incluso las contracciones regulares no se asocian con el trabajo de parto en la mayoría de los casos. El endurecimiento uterino es un hallazgo fisiológico normal y la percepción es altamente variable. Sin embargo, cuanto más sintomáticas y frecuentes son las contracciones, más probabilidades existen de que conduzcan al parto. No son fiables para predecir positivamente el trabajo de parto, pero las contracciones con una frecuencia >1 cada 10 minutos tienen menos probabilidad de ser las contracciones fisiológicas de Braxton-Hicks.

### **rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) antes del trabajo de parto (común)**

- Las membranas fetales se rompen espontáneamente durante el trabajo de parto en la mayoría de las mujeres, incluso en las que tienen trabajo de parto prematuro. Sin embargo, en más de un tercio de las mujeres pretérmino, la ruptura ocurre antes del inicio de las contracciones sintomáticas.[29] Esto se asocia con un mayor riesgo de infección materna y fetal (ambas como causa y consecuencia de la RPMP). La acumulación de líquido amniótico podría observarse en un examen con espéculo.

### **dilatación avanzada del cuello uterino (común)**

- La dilatación del cuello uterino indica una alta probabilidad de trabajo de parto prematuro. El trabajo de parto se diagnostica en conjunto con las contracciones uterinas regulares. Un cuello uterino cerrado puede indicar una amenaza de parto prematuro.

### **longitud del cuello uterino <2 cm (común)**

- En el examen con espéculo del cuello uterino, una longitud corta del cuello uterino se asocia con un mayor riesgo de tener un trabajo de parto prematuro. Puede confirmarse mediante ultrasonido transvaginal.

## **Otros factores de diagnóstico**

### **aumento de la frecuencia cardíaca del feto o la materna (infrecuente)**

- Puede ocurrir en respuesta a una infección.

### **dolor abdominal inferior o de espalda inespecífico (infrecuente)**

- Las presentaciones atípicas pueden incluir dolor abdominal o de espalda inespecífico.

### **fiebre (infrecuente)**

- La fiebre sistémica por cualquier causa, incluida la malaria o la listeriosis, puede dar como resultado el inicio del trabajo de parto prematuro.

### **sangrado vaginal (infrecuente)**

- Podría indicar hemorragia prenatal debido al desprendimiento prematuro de placenta. Generalmente está acompañado por dolor, además de actividad y contracciones uterinas.

## **Factores de riesgo**

### **Fuerte**

## trabajo de parto prematuro previo

- El riesgo de tener un trabajo de parto prematuro es mayor en aquellas mujeres que han tenido un parto prematuro previo.[17] Un parto prematuro previo incrementa el riesgo 4 veces, y llega a 6.5 veces con dos partos prematuros previos. La edad gestacional al momento del parto también influye en el riesgo: cuanto más temprano es el parto, mayor es el riesgo de recurrencia.
- Sin embargo, el nivel de riesgo rara vez excede el 50%, incluso en mujeres con los peores antecedentes previos, lo cual sugiere que incluso las mujeres con alto riesgo pueden tener un embarazo exitoso. Se las debe informar debidamente sobre dicho nivel de riesgo. Son infrecuentes las causas verdaderamente recurrentes del trabajo de parto prematuro.
- Un parto pretérmino iatrogénico previo también aumenta el riesgo de un parto prematuro espontáneo subsiguiente, probablemente debido a la patología placentaria, que puede recurrir en embarazos subsiguientes con distintas manifestaciones clínicas.[41]

## lesión previa de cuello uterino

- Existe una relación establecida entre una cirugía de cuello uterino previa y el riesgo futuro de un parto prematuro.[42] La conización láser, la diatermia radical, las extirpaciones con asa grande y la cesárea de emergencia pueden estar asociadas con riesgos más altos de eventos adversos, incluida la mortalidad perinatal.[23] [25] La ablación con láser y la crioterapia no se asocian con un mayor riesgo. Las mujeres que se han sometido a una conización con bisturí frío tienen un riesgo de parto prematuro grave significativamente mayor en comparación con las mujeres que no han tenido ninguna cirugía.[42] Cierta evidencia retrospectiva sugiere que el tratamiento en sí puede no ser tan importante como la enfermedad subyacente.[43] El riesgo parece correlacionarse con la profundidad de la extirpación.[40] [44]

## aborto inducido previo

- Las mujeres con antecedentes de aborto inducido previo también tienen un mayor riesgo de trabajo de parto prematuro, particularmente en los partos con menos de 28 semanas de gestación.[27]

## infecciones maternas

- Las infecciones del tracto urinario, incluida la bacteriuria asintomática, tienen una fuerte asociación con el trabajo de parto prematuro, y el tratamiento da lugar a una reducción significativa de la incidencia de la pielonefritis y del bajo peso al nacer, aunque no se demostró un descenso de las tasas de parto prematuro.[13]
- La flora vaginal anormal, en particular la vaginosis bacteriana que se presenta en la etapa temprana del embarazo, se asocia con un mayor riesgo de tener un trabajo de parto prematuro espontáneo.[14] Sin embargo, el tratamiento antimicrobiano no tiene un impacto significativo en la probabilidad de parto prematuro.[15]
- En un estudio, la infección de oído, nariz y garganta al principio del embarazo se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo.[45] La infección por COVID-19 se asocia a un mayor riesgo de parto prematuro.[46] [47]
- Las infecciones sistémicas, como la malaria o la listeriosis, también pueden causar un trabajo de parto prematuro.

## embarazos multifetales

- Alrededor del 60% de los gemelos nacen prematuros y el 19.5% nacen antes de las 34 semanas de gestación.[34] Casi todos los embarazos de trillizos y múltiples de alto grado derivan en partos prematuros, debido al estiramiento uterino.

- El parto pretérmino iatrogénico es considerablemente mayor en este grupo, debido a las altas tasas de restricción de crecimiento y otras complicaciones.

### **longitud del cuello uterino corta**

- Una longitud del cuello uterino corta (<2 cm) incrementa el riesgo de parto prematuro.

### **prueba de fibronectina fetal positiva**

- Entre un tercio y la mitad de las mujeres que obtuvieron un resultado positivo en la prueba de fibronectina a las 23 semanas de gestación tienen el parto antes de las 30 semanas.[48] [49] Aunque la fibronectina fetal se usa a menudo como una prueba binaria, la fibronectina fetal cuantitativa puede mejorar la precisión diagnóstica.[50]

### **rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) antes del trabajo de parto**

- En más de un tercio de las mujeres pretérmino, la ruptura ocurre antes del inicio de las contracciones sintomáticas.[29] Esto se asocia con un mayor riesgo de infección materna y fetal (ambas como causa y consecuencia de la RPMP).

## **Débil**

### **anomalías fetales**

- Entre los signos fetales frecuentes para los trabajos de parto prematuro se incluyen el retraso del crecimiento fetal, el estrés fetal y las alteraciones congénitas. Las anomalías fetales se asocian al 8% de los partos prematuros (incluido el parto pretérmino iatrogénico).[35]

### **tabaquismo**

- Existe una fuerte relación dosis-respuesta entre el tabaquismo y el trabajo de parto prematuro, aunque es difícil establecer la causalidad. También existe cierta evidencia que indica que el abandono del tabaquismo entre embarazos reduce el riesgo de un parto prematuro.[21] Los mecanismos subyacentes son poco claros, pero, dado que el tabaquismo se ha relacionado con la restricción del crecimiento intrauterino, es probable que contribuya al riesgo de trabajo de parto prematuro y se desaconseja durante el embarazo. En 2016, el 7.2% de las mujeres embarazadas en los EE. UU. fumaron durante el embarazo.[51] En Inglaterra, alrededor del 7.5% de las madres son fumadoras en el momento del parto.[52]
- Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Canadá informó que el consumo de cannabis durante el embarazo se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro (RR 1.41; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1.36-1.47 en comparación con la cohorte emparejada).[53]

### **índice de masa corporal (IMC) <19 kg/m<sup>2</sup>**

- El bajo peso materno se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro. Las tasas más altas de trabajo de parto prematuro espontáneo se asocian con un IMC bajo. Con un IMC <19, el riesgo absoluto de parto espontáneo es del 16.6%, en comparación con el 8.1% de quienes tienen un IMC normal (19-25 kg/m<sup>2</sup>).[54] Dichos estudios también sugieren que las tasas de parto prematuro espontáneo son menores para las mujeres con obesidad, pero las causas iatrogénicas del parto prematuro se incrementan con la obesidad, posiblemente en relación con el estrés oxidativo asociado, en particular como resultado de la preeclampsia.[24]

## factores sociales y etnia

- Existen muchos factores asociados con la desventaja social que influyen en el trabajo de parto prematuro, como la educación, el estado civil y los bajos ingresos.[18] Además, las drogas recreativas, el alcohol, la cafeína y el estrés psicológico se han vinculado con el parto prematuro.[19] Estos también pueden estar relacionados con factores maternos, como la nuliparidad, la edad materna baja y el origen étnico. Sin embargo, la mayoría de los conjuntos de datos epidemiológicos no establece diferencia entre las causas espontáneas y las causas iatrogénicas del parto prematuro.[55] El mecanismo del parto prematuro en dichas poblaciones no es claro, e incluso dentro de distintos grupos étnicos existen factores de confusión. Hubo una mayor proporción de partos prematuros en mujeres de etnia negra y en mujeres asiáticas de origen indio.[6]

## tratamiento de fertilidad

- Un gran estudio de cohorte basado en la población encontró un mayor riesgo de nacimiento prematuro en neonatos únicos concebidos mediante tecnología de reproducción asistida (razón de probabilidades ajustada 1.49) y otros tratamientos de fertilidad (razón de probabilidades ajustada 1.35).[56] mecanismo es poco claro.

## polihidramnios

- Puede causar parto prematuro espontáneo.

## violencia doméstica

- Un estudio prospectivo de 16,000 mujeres que acudieron a una sala de partos mostró que la incidencia de neonatos de bajo peso al nacer fue significativamente mayor en las mujeres que habían declarado ser víctimas de abuso verbal doméstico en comparación con las que no lo hicieron. Las tasas de muertes neonatales fueron más altas en las mujeres que declararon haber sido víctimas de abuso físico doméstico. Las mujeres que se negaron a realizar la entrevista también tuvieron una tasa más elevada de neonatos de bajo peso al nacer y de partos prematuros de <32 semanas de gestación en comparación con el grupo de mujeres que no habían sufrido ningún abuso.[22]

## higiene dental deficiente

- Las caries dentales, una mala dentadura y la enfermedad periodontal se pueden asociar con un mayor riesgo de parto prematuro.[30] Sin embargo, el tratamiento no influye en el resultado.[31]

## cesárea de fase tardía

- Se ha relacionado un riesgo 6 veces mayor de parto prematuro con la cesárea de fase tardía en Estados Unidos. Entre las mujeres que se sometieron a una cesárea durante la segunda fase del parto, el 13.5% tuvo un posterior parto prematuro, en comparación con el 2.3% de las mujeres que se sometieron a una cesárea en la primera fase.[57] Los estudios de cohortes del Reino Unido y Australia también han informado de un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo posterior en mujeres con cesárea en etapa tardía, en comparación con aquellas con cesárea o parto vaginal en etapa temprana.[25] [26] [58] [59]

# Pruebas diagnósticas

## 1ª prueba para solicitar

Prueba	Resultado
<p><b>cardiotocografía sin estrés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No es una prueba específica para el trabajo de parto prematuro, pero constituye un paso inicial para establecer el bienestar del feto.</li> </ul>	<p><b>detección de los latidos cardíacos fetales</b></p>
<p><b>tocografía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La frecuencia de las contracciones puede documentarse en un registro. Más de una contracción cada 10 minutos es más significativo e indica una mayor probabilidad de un trabajo de parto prematuro.</li> </ul>	<p><b>&gt;1 contracción cada 10 minutos</b></p>
<p><b>ultrasonido transvaginal del cuello uterino</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres que presentan contracciones antes de la semana 37 de gestación con un cuello uterino cerrado deben realizarse un examen vaginal y una evaluación transvaginal (si están disponibles) de la longitud del cuello uterino. La longitud del cuello uterino puede indicar la probabilidad de parto inminente, dado que las longitudes de cuello uterino menores que 2 cm están asociadas con un riesgo mucho más alto de parto (&gt;60%).<sup>[55]</sup> La evaluación transvaginal de la longitud del cuello uterino tiene un mayor valor predictivo si se realiza en combinación con la prueba de fibronectina fetal.<sup>[28]</sup></li> </ul>	<p><b>significativo si la longitud del cuello uterino es &lt;2 cm</b></p>
<p><b>exudado cérvico-vaginal para fibronectina fetal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe considerarse que todas las mujeres que presenten contracciones pretérmino entre las semanas 24 y 35 de gestación y que no estén en trabajo de parto avanzado (dilatación del cuello uterino &lt;3 cm) se realicen un exudado cérvico-vaginal para la prueba de fibronectina fetal. Pueden obtenerse falsos positivos ante la presencia de sangrado vaginal, cerclaje cervical y manipulación cervical. En una revisión sistemática, el 20% de las mujeres con resultados positivos en la prueba de fibronectina tuvo el parto en la primera semana, en comparación con solo el 1% que obtuvo una prueba negativa.<sup>[96]</sup> Una prueba a pie de cama también puede cuantificar la fibronectina fetal, donde la concentración se correlaciona con el riesgo: niveles por debajo de 10 nanogramos/mL representan un riesgo muy bajo y niveles por encima de 200 nanogramos/mL indican una probabilidad del 45% de que el parto ocurra en 2 semanas.<sup>[107]</sup> La prueba de fibronectina fetal tiene un mayor valor predictivo si se realiza en combinación con la evaluación transvaginal de la longitud del cuello uterino.<sup>[28] [99] [100]</sup> Su uso se asocia con una utilización de recursos reducida.<sup>[108]</sup> Esta prueba también es valiosa en el caso de mujeres asintomáticas con un riesgo elevado de trabajo de parto prematuro.<sup>[109]</sup></li> <li>La orientación del NHS England recomienda la fibronectina fetal cuantitativa, ya que se puede usar en mujeres asintomáticas y tiene mejor sensibilidad que las alternativas.<sup>[105]</sup></li> </ul>	<p><b>positiva</b></p>
<p><b>hemograma completo (HC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres con amenaza de parto prematuro deben someterse a un hemograma completo. Los resultados son inespecíficos, pero leucocitos elevados es indicativo de infección, y se debe comprobar</li> </ul>	<p><b>disminución de la hemoglobina en caso de hemorragia prenatal; aumento del recuento de</b></p>

Prueba	Resultado
el nivel de hemoglobina en caso de sospecha de hemorragia prenatal.	<b>leucocitos en presencia de una infección</b>
<b>proteína C-reactiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No es específico, pero se recomienda como parte del cribado de infección para todas las mujeres con amenaza de trabajo de parto prematuro.</li> </ul>	<b>elevada en presencia de infección</b>
<b>tira reactiva de orina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres que presentan amenaza de parto prematuro deben someterse a un análisis de orina para detectar proteinuria, leucocitos y nitritos como parte del cribado de infecciones como posible causa de trabajo de parto prematuro. Se puede observar proteinuria en la preeclampsia.</li> </ul>	<b>positiva en presencia de infección</b>
<b>análisis microscópico de orina, cultivo y sensibilidad en orina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la prueba con tira reactiva de orina es positiva para leucocitos o nitritos, debe enviarse una muestra de orina de la mitad de la micción para microscopía, cultivo y pruebas de sensibilidades.</li> </ul>	<b>crecimiento positivo en presencia de infección</b>
<b>exudado vaginal alto/rectal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Puede tomarse un exudado vaginal y rectal alto para detectar estreptococos del grupo B.[106] La presencia se asocia con el trabajo de parto prematuro, pero el tratamiento no afecta el resultado.</li> </ul>	<b>positivo en presencia de estreptococos del grupo B</b>

## Otras pruebas que se deben considerar

Prueba	Resultado
<p><b>microscopia de fluido vaginal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El diagnóstico de la rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) suele ser clínico. El fluido vaginal se examina una vez que está seco. Los falsos negativos son frecuentes.</li> </ul>	<b>el líquido amniótico se cristaliza y puede tener un patrón con forma de helecho</b>
<p><b>análisis de sangre de Kleihauer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Este análisis de sangre, que se evalúa en el laboratorio para hallar la presencia de células fetales, generalmente se utiliza para detectar hemorragia fetomaterna en las madres con un grupo sanguíneo Rh negativo, a fin de calcular cuánta inmunoglobulina anti-D se necesita. Una prueba de Kleihauer positiva en la amenaza de parto prematuro puede indicar un sangrado retroplacentario como causa de las contracciones prematuras, aunque su utilidad clínica es incierta y no todos los médicos realizan esta prueba.</li> </ul>	<b>positivo con hemorragia fetomaterna.</b>
<p><b>cribado toxicológico de orina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Puede indicarse un examen toxicológico de orina si se sospecha el uso de drogas recreativas, dado que la cocaína puede inducir un trabajo de parto prematuro. Cabe destacar que dicho cribado no es definitivo para la detección de drogas recreativas.</li> </ul>	<b>positivo si se ha tomado cocaína</b>
<p><b>prueba de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGFBP-1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es una prueba con tira reactiva inmunocromatográfica que se realiza a pie de cama que detecta la presencia de la forma fosforilada de la IGFBP-1 en las secreciones del cuello uterino. Es una alternativa a la prueba de fibronectina fetal. El resultado positivo de la prueba aparece con dos líneas azules: una línea de control y una línea de la prueba en la zona del resultado. Si al cabo de 5 minutos solo se ve la línea de control, el resultado de la prueba es negativo. También se ha utilizado para confirmar la rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) con sensibilidades superiores al 90% y especificidades superiores al 98%.<sup>[102]</sup></li> <li>El National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido recomienda que el IGFBP-1 se pueda utilizar para ayudar a guiar el tratamiento de la sospecha de RPMP si el líquido amniótico no es visible, pero sugiere que la evidencia es insuficiente para el uso rutinario para diagnosticar el trabajo de parto prematuro en mujeres con membranas intactas.<sup>[73] [104]</sup></li> </ul>	<b>positiva</b>
<p><b>microglobulina alfa 1 placentaria (PAMG-1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Puede utilizarse para determinar el riesgo de parto en mujeres con amenaza de trabajo de parto prematuro que tienen las membranas intactas.<sup>[103]</sup> Esta prueba se realiza mediante la toma de una muestra de exudado vaginal bajo y la inserción de la tira de prueba en un pequeño tubo que indica un resultado positivo o negativo.</li> <li>El National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido recomienda que el PAMG-1 se pueda utilizar para ayudar a guiar el tratamiento de la sospecha de rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) si el líquido amniótico no es visible, pero sugiere que la evidencia es insuficiente para el uso rutinario para diagnosticar el trabajo de parto prematuro en mujeres con membranas intactas.<sup>[73] [104]</sup></li> </ul>	<b>positiva</b>

## Diferenciales

Afección	Signos/síntomas diferenciadores	Pruebas diferenciadoras
<b>Desprendimiento prematuro de placenta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ocurrir con o sin sangrado vaginal (desprendimiento oculto). Los signos de sufrimiento fetal (patrón anormal de frecuencia cardíaca del feto) o la presencia de sangre en la vagina incrementan la probabilidad. También podría conducir al trabajo de parto prematuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba sin estrés podría revelar un patrón anormal de frecuencia cardíaca del feto.</li> <li>• Prueba de Kleihauer: este análisis de sangre detecta células fetales en la circulación materna.</li> </ul>
<b>Infección urinaria (IU)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes previos de IU, dolor abdominal, disuria, o mayor frecuencia de micción. Podría conducir al trabajo de parto prematuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de orina para nitritos, leucocitos y proteínas.</li> <li>• Urocultivo: positivo para el crecimiento de microorganismos específicos.</li> </ul>
<b>Quiste de ovario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede imitar el trabajo de parto prematuro. Podría presentar signos inespecíficos de dolor abdominal o de espalda. Podría presentarse con taquicardia, baja presión arterial, náuseas y vómitos, o dolor abdominal localizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía de la pelvis: puede revelar una masa ovárica o líquido libre en el abdomen.</li> </ul>
<b>Torsión ovárica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede imitar el trabajo de parto prematuro. Podría presentarse con dolor abdominal o de espalda inespecífico y síntomas asociados de náuseas y vómitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía de la pelvis: puede revelar una masa ovárica o líquido libre en el abdomen.</li> <li>• Tomografía computarizada (TC) de abdomen: generalmente se evita durante el embarazo, pero puede demostrar torsión ovárica.</li> </ul>
<b>Apendicitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El dolor abdominal podría ser más alto en el abdomen y más difuso. Podría presentarse acompañado de síntomas de náuseas, vómitos y pérdida del apetito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía abdominal: puede revelar una masa en el apéndice.</li> <li>• El recuento de leucocitos y el nivel de la proteína C-reactiva pueden estar elevados.</li> </ul>

## Cribado

En la población prenatal normal, el cribado para parto prematuro con pruebas predictivas no es una práctica común, ya que no hay intervenciones establecidas para reducir el riesgo en esta población. El papel beneficioso de la progesterona, el cerclaje y el pesario Arabin se asocia principalmente a las mujeres con alto riesgo, como las que han tenido previamente un parto prematuro.

La baja prevalencia de parto prematuro en la población normal significa que los valores predictivos positivos son bajos, incluso con una prueba que tiene sensibilidad y especificidad razonables. Esto se ve confirmado en un estudio sobre la precisión predictiva de la longitud del cuello uterino y la fibronectina fetal en una población de bajo riesgo.<sup>[110]</sup>

Aunque estas pruebas siguen siendo los dos mejores factores pronósticos de parto prematuro, no se deben usar para realizar un cribado de riesgo en mujeres normales. La longitud del cuello uterino y la fibronectina fetal siguen teniendo una utilidad clínica en mujeres en riesgo de parto prematuro, como las que han tenido previamente un parto prematuro.

## Abordaje

La etiología diversa del trabajo de parto prematuro dificulta la evaluación del éxito de cualquier estrategia. Como sucede con la mayoría de los embarazos, existe el peligro de que una intervención ineficaz se perciba como exitosa y que la experiencia esporádica se filtre en la práctica sin una evaluación adecuada. Incluso las mujeres con antecedentes previos desalentadores, factores de riesgo importantes o síntomas de contracciones pretérmino a menudo tienen un embarazo normal. Esto se ha confundido debido a la dificultad para inscribir en ensayos clínicos a mujeres embarazadas con trabajo de parto prematuro.

La edad gestacional en el momento del parto es clave para la mortalidad y la morbilidad del feto. La supervivencia es rara por debajo de las 22 semanas de gestación y la morbilidad grave es relativamente frecuente antes de las 26 semanas.[1] Por lo tanto, los principios del manejo consisten en extender la gestación tanto como sea posible.

Sin embargo, dado que la infección es frecuente como causa del trabajo de parto prematuro o como consecuencia de la rotura de membranas pretérmino, prolongar el embarazo puede no ser aconsejable en todos los casos. La corioamnionitis puede causar daño neurológico en el feto y puede aumentar las tasas de afecciones como la enterocolitis necrotizante y la displasia broncopulmonar.[10] [11] [12] [111] El uso de antibióticos para tratar la amenaza de trabajo de parto prematuro con las membranas intactas se ha vinculado al desarrollo subsiguiente de parálisis cerebral, dado que los antibióticos pueden prolongar la gestación en un entorno intrauterino hostil.[64] [112] Una vez que la corioamnionitis es evidente, se indica el parto para evitar morbilidad tanto en la madre como en el feto.

### Amenaza de trabajo de parto prematuro (ATPP)

La evaluación inicial en una mujer que presenta contracciones pretérmino aparentes debe incluir una revisión cuidadosa de todos los datos vinculados con la edad gestacional, dado que está relacionada con el pronóstico. La monitorización fetal puede llevarse a cabo mediante la auscultación intermitente o la cardiotocografía (CTG) continua, aunque en gestaciones muy tempranas la monitorización podría ser inadecuada. Solamente en una proporción pequeña de mujeres que presentan ATPP, el parto se produce dentro de la primera semana. Debe considerarse el método del posible parto, sobre todo si es probable que se necesite una cesárea. Existen escasas evidencias para orientar dichas decisiones y deberá tomarlas un obstetra con experiencia, en consulta con un neonatólogo. Si es posible, hay que animar a los padres a que acudan a la unidad de cuidados intensivos neonatales. No se recomiendan el reposo en cama y la hidratación complementaria como intervenciones útiles.[60] [61]

El uso de antibióticos para tratar la amenaza de trabajo de parto prematuro con membranas intactas no ha demostrado reducir la tasa de partos prematuros. También se lo ha vinculado con el desarrollo subsiguiente de la parálisis cerebral, dado que el tratamiento puede prolongar la gestación en un entorno intrauterino hostil.[64] [112]

La prueba de fibronectina puede reducir la tasa de partos prematuros, dado que ayuda a identificar a las mujeres con alto riesgo de parto e influye en el manejo subsiguiente.[98] [113] En las mujeres que tienen contracciones uterinas pero un resultado negativo de fibronectina fetal es improbable que el parto se produzca en la semana siguiente (<1%), y la administración de corticosteroides o el traslado intraútero podrían suspenderse. La cuantificación de la fibronectina fetal permite una estratificación del riesgo más precisa.[107] En las mujeres con gestaciones críticas (23-26 semanas), el ingreso hospitalario podría evitar que el parto ocurra involuntariamente lejos de la unidad de reanimación neonatal.

## Rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP)

Después de la RPMP, se debe monitorizar estrechamente a las mujeres para detectar signos de infección como pacientes hospitalizadas. Esto debe incluir observaciones para detectar taquicardia o piroxia maternas, sensibilidad uterina, secreción vaginal con mal olor, leucocitosis o proteína C-reactiva elevada. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad de estos análisis de sangre maternos para corioamnionitis con escasa frecuencia es superior al 50%.<sup>[114]</sup>

Debe monitorizarse la frecuencia cardíaca del feto para detectar signos de taquicardia (>160 ppm), que pueden indicar corioamnionitis. Se recomienda la monitorización fetal con una cardiotocografía (CTG) si se requiere vigilancia fetal; el uso de Doppler o de la puntuación del perfil biofísico no se recomienda como vigilancia fetal de primera línea.<sup>[115]</sup> También se debe informar a las mujeres de que existe un mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta cuando se ha producido la RPMP.<sup>[94]</sup>

Deben administrarse antibióticos durante 10 días después de un diagnóstico de la RPMP, o hasta que la mujer esté en trabajo de parto establecido (lo que ocurra primero).<sup>[73] [94]</sup> Puede administrarse eritromicina o penicilina. No se recomienda la amoxicilina/ácido clavulánico, porque puede incrementar el riesgo de enterocolitis necrotizante en el neonato.

Se puede administrar profilaxis antibiótica intraparto a las mujeres con parto prematuro si hay rotura de membranas antes del parto, o sospecha/confirmación de rotura de membranas intraparto que dure más de 18 horas.<sup>[116][117]</sup>

Deben administrarse corticosteroides prenatales debido a que, una vez producida la ruptura de las membranas, el parto prematuro es casi inevitable y los corticosteroides son de beneficio para el feto. No existe evidencia de que incrementen el riesgo de infección.<sup>[97][118] [119]</sup> El sulfato de magnesio también se puede administrar para la neuroprotección fetal en mujeres que están en trabajo de parto prematuro establecido o que tienen un parto prematuro planificado en las próximas 24 horas.<sup>[73] [94] [120]</sup> Consulte la sección "Alto riesgo de parto inminente" a continuación para obtener más detalles sobre los corticosteroides prenatales y el sulfato de magnesio.

No se recomienda la tocólisis profiláctica si la RPMP es la única característica de presentación, pero puede considerarse si existe actividad uterina.<sup>[94] [121]</sup>

En pacientes cuidadosamente seleccionadas que presentan bajo riesgo de prolapso de cordón y marcadores de inflamación normales, puede considerarse realizarles una monitorización como pacientes ambulatorias después de 48 a 72 horas de observación como pacientes hospitalizadas. Dichas mujeres deben continuar midiéndose la temperatura dos veces al día y estar alertas ante los síntomas y signos de una posible infección que requiera el ingreso hospitalario. Deberán realizarse un seguimiento regular 2 o 3 veces por semana para controlar la frecuencia cardíaca del feto y materna y los marcadores de inflamación.

Si el embarazo continúa después de la RPMP, el manejo expectante puede considerarse en los casos que no presentan signos manifiestos de infección.<sup>[122] [123] [124]</sup> El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) aconseja que a las mujeres con RPMP, después de 24 semanas de gestación, sin contraindicaciones para continuar el embarazo, se les ofrezca un tratamiento expectante hasta las 37 semanas. El momento exacto del parto se considera de forma individual, teniendo en cuenta las preferencias de la paciente y sus características clínicas.<sup>[94]</sup> La evidencia sobre el momento óptimo del parto para la RPMP en el período prematuro tardío (34 semanas a 36+6 semanas de gestación) es contradictoria, y las recomendaciones de las guías de práctica clínica varían.<sup>[102] [124]</sup> El American

College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y el National Institute for Health and Care Excellence recomiendan que el manejo expectante o el parto inmediato son razonables para la RPMP entre las semanas 34 y 36+6 semanas de gestación, lo que sugiere una toma de decisiones compartida con una consideración cuidadosa de los riesgos y beneficios desde una perspectiva materna y neonatal.[120] [125]

Existe poca justificación para el parto prematuro no indicado médicamente, y la evaluación de la madurez pulmonar fetal no debe utilizarse para justificar el parto en dichas circunstancias.[126]

Además de esto, es posible realizar un manejo conservador y el feto puede ganar madurez, pero existe un mayor riesgo de infección.[111] El parto inmediato puede reducir la incidencia de infección, pero incrementar el riesgo de cesárea. Por lo tanto, se necesita más evidencia para guiar la mejor práctica.[123]

## Alto riesgo de parto inminente

Las dos intervenciones más importantes que mejoran el resultado en el trabajo de parto prematuro son los corticosteroides prenatales y el traslado intraútero a un centro especializado cuando los servicios neonatales locales no son adecuados.[65] [97][127]

### Corticosteroides

El ACOG y la Organización Mundial de la Salud recomiendan un único curso de corticosteroides para las mujeres de entre 24 semanas y hasta 34 semanas de gestación si presentan riesgo de parto prematuro en los próximos 7 días.[34] [119] [128] Las guías de práctica clínica del RCOG recomiendan el uso de corticosteroides en mujeres con riesgo inminente de parto prematuro (debido a RPMP, trabajo de parto prematuro establecido o parto prematuro planificado) de 24 a 34+6 semanas de gestación.[94] La betametasona y la dexametasona se han estudiado ampliamente, pero no está claro si una de ellas es más beneficiosa que la otra.[97][128] Se ha sugerido que la dexametasona podría ocasionar una reducción de las tasas de hemorragia intraventricular.[97][129] Los corticosteroides se pueden considerar en mujeres con 22 semanas de gestación con riesgo de parto prematuro en los siguientes 7 días (dependiendo de los deseos de la familia en cuanto a resucitación).[128] [130] [131]

El ACOG recomienda un único ciclo de betametasona para mujeres embarazadas con riesgo de trabajo de parto prematuro en 7 días, desde las 34 semanas de gestación y hasta la semana 37.[128] Los corticosteroides han demostrado ser beneficiosos cuando se administran a las 35 o 36 semanas de gestación, con menos dificultad respiratoria en el lactante después del nacimiento, pero un aumento potencial en la probabilidad de hipoglucemia neonatal.[128] [132] [133] Por lo tanto, pueden administrarse corticosteroides a estas pacientes a criterio del obstetra, según el riesgo de parto y las preocupaciones acerca del tratamiento.[130]

Es probable que el beneficio clínico óptimo de los corticosteroides prenatales ocurra después de 24 horas hasta 7 a 14 días tras la administración. El uso de dosis múltiples se ha asociado con la restricción del crecimiento intrauterino y con inquietudes teóricas de la morbilidad a largo plazo.[134] No obstante, repetir un único ciclo después de 7 días puede ser beneficioso si la gestación aún es crítica,[Evidence A] y un metanálisis sugiere que no existe evidencia perjudicial a los 2 o 3 años (en más de 4000 niños).[135] [136][137] El uso de corticosteroides prenatales en países con ingresos promedio bajos y medios se ha asociado con una mayor mortalidad neonatal global, y se debe tener la precaución de no extrapolar los hallazgos de los ensayos clínicos a todas las poblaciones.[119] [138]

## Tocólisis

Los fármacos tocolíticos pueden prolongar la gestación entre 2 y 7 días; se recomiendan para uso a corto plazo, con el objetivo de dar tiempo para que funcionen los corticosteroides prenatales y para trasladar a la madre a una instalación apropiada que cuente con una unidad de neonatología.[65] [66] Una revisión de la Cochrane informó evidencia de certeza baja a moderada de que todas las clases de fármacos tocolíticos evaluadas fueron eficaces para retrasar el parto prematuro durante 48 horas y 7 días.[139]

El uso de fármacos tocolíticos debe considerarse cuidadosamente, ya que no existe una evidencia clara de que mejoren el resultado, y su perfil de efectos adversos debe tenerse en cuenta en el momento de elegir un fármaco en particular.[60] La nifedipina es un fármaco de uso común. La nifedipina tiene efectos adversos que dependen de la dosis.[140] Los antagonistas del calcio podrían ser más eficaces que otros fármacos tocolíticos para reducir el riesgo de parto antes de las 34 semanas de gestación y para reducir la morbilidad neonatal.

Los agonistas beta ya no parecen la mejor opción ya que, aunque pueden prolongar la gestación, pueden provocar efectos adversos en la madre que lleven a la interrupción del tratamiento, y la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE.UU. advierte contra el uso fuera de etiqueta de la terbutalina para el parto prematuro.[139] [141] El atosiban (un antagonista de la oxitocina) y el nifedipino tienen una eficacia comparable a la de los agonistas beta, con menos efectos adversos y resultados perinatales similares.[142] [143] [144] Los inhibidores de prostaglandina presentan menos probabilidades de causar efectos adversos maternos. Mientras se realice la administración, debe monitorizarse el pulso y la presión arterial materna cada 30 minutos durante las primeras 4 horas, y a continuación, cada 2 horas durante las primeras 24 horas. No existe evidencia que demuestre que el tratamiento de mantenimiento con un antagonista de oxitocina después del tratamiento agudo mejore la duración de la gestación o el resultado.[145]

Las contraindicaciones para la tocólisis incluyen anomalía fetal letal, corioamnionitis, compromiso fetal, sangrado vaginal significativo o comorbilidad materna.[60]

## Antibióticos

En los EE.UU., todas las mujeres en trabajo de parto prematuro activo con contracciones uterinas regulares y dilatación cervical progresiva reciben antibióticos intravenosos para la profilaxis del estreptococo del grupo B (EGB) (excepto en el caso de cultivo negativo de EGB obtenido a las  $\geq 36+0$  semanas de gestación).[117] En el Reino Unido no existen pruebas de cribado de rutina para el SGB, pero se recomiendan los antibióticos intravenosos para mujeres en trabajo de parto prematuro confirmado, independientemente de su estado en cuanto a SGB.[116]

## Sulfato de magnesio

El sulfato de magnesio administrado antes del parto puede proteger al feto de daños neurológicos. Una revisión de la Cochrane encontró que el sulfato de magnesio prenatal redujo significativamente el riesgo de parálisis cerebral en los recién nacidos antes de las 34 semanas de gestación (riesgo relativo 0.68; IC del 95%: 0.54 a 0.87).[146]

Las guías de práctica clínica recomiendan ofrecer sulfato de magnesio intravenoso para la neuroprotección fetal a las mujeres de entre 24 y 29+6 semanas de gestación que se encuentren en trabajo de parto prematuro establecido o que tengan un parto prematuro planificado en las próximas 24 horas.[73] [94] El sulfato de magnesio también se puede considerar a partir de las 23 semanas

de gestación y para gestaciones por debajo de las 32 a 34 semanas; no se recomienda antes de la viabilidad.[73] [120][147]

Los médicos que opten por utilizar sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal deben desarrollar pautas específicas con respecto a los criterios de inclusión, los regímenes de tratamiento y la tocólisis concurrente.[148]

No existe evidencia de que el sulfato de magnesio tenga algún valor como agente tocolítico, y su uso solo debe emplearse para la neuroprotección en grupos de mujeres adecuados.[149]

## Resumen del algoritmo de tratamiento

Tenga en cuenta que las formulaciones/vías y dosis pueden diferir entre los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Las recomendaciones de tratamiento son específicas para cada grupo de pacientes: [ver aviso legal](#)

<b>Agudo</b>		<b>( Resumen )</b>
<b>amenaza de trabajo de parto prematuro (ATPP)</b>		
	<b>1ª</b>	<b>evaluación materna y de la viabilidad fetal</b>
<b>rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) antes del trabajo de parto</b>		
	<b>1ª</b>	<b>evaluación materna y de la viabilidad fetal</b>
	<b>más</b>	<b>antibióticos</b>
	<b>adjunto</b>	<b>corticosteroide</b>
	<b>adjunto</b>	<b>sulfato de magnesio</b>
■ <b>gestación &gt;34 semanas o corioamnionitis</b>	<b>adjunto</b>	<b>parto inducido</b>
<b>alto riesgo de parto inminente sin ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)</b>		
	<b>1ª</b>	<b>evaluación materna y de la viabilidad fetal</b>
	<b>más</b>	<b>corticosteroide ± traslado a unidad neonatal</b>
	<b>más</b>	<b>antibióticos intravenosos</b>
	<b>adjunto</b>	<b>fármaco tocolítico</b>
	<b>adjunto</b>	<b>sulfato de magnesio</b>

# Algoritmo de tratamiento

Tenga en cuenta que las formulaciones/vías y dosis pueden diferir entre los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Las recomendaciones de tratamiento son específicas para cada grupo de pacientes: [ver aviso legal](#)

## Agudo

### amenaza de trabajo de parto prematuro (ATPP)

#### 1ª evaluación materna y de la viabilidad fetal

» La evaluación inicial en una mujer que presenta contracciones pretérmino aparentes debe incluir una revisión cuidadosa de todos los datos vinculados con la edad gestacional, dado que está relacionada con el pronóstico. La prueba de fibronectina puede reducir la tasa de partos prematuros, ya que ayuda a identificar a las mujeres con alto riesgo de parto y puede influir en el manejo subsiguiente.[98] La monitorización fetal puede llevarse a cabo mediante la auscultación intermitente o la cardiotocografía continua, aunque en gestaciones muy tempranas la monitorización podría ser inadecuada.

»

» Debe considerarse el método del posible parto, en especial si es probable que se requiera una cesárea. Existen escasas evidencias para orientar dichas decisiones y deberá tomarlas un obstetra con experiencia, en consulta con un neonatólogo. Si es posible, hay que animar a los padres a que acudan a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

»

» En las mujeres con gestaciones críticas (de 23 a 26 semanas), el ingreso hospitalario podría evitar que el parto se produzca involuntariamente lejos de la unidad de reanimación neonatal.

### rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) antes del trabajo de parto

#### 1ª evaluación materna y de la viabilidad fetal

» Se debe monitorizar estrechamente a las mujeres con RPMP para detectar signos de infección como pacientes hospitalizadas. Esto debe incluir observaciones para detectar taquicardia o pirexia maternas, sensibilidad uterina, secreción vaginal con mal olor,

## Agudo

leucocitosis o proteína C-reactiva elevada. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad de estos análisis de sangre maternos para corioamnionitis con escasa frecuencia es superior al 50%.<sup>[114]</sup> Debe monitorizarse la frecuencia cardíaca del feto para detectar signos de taquicardia (>160 ppm), que también puede ser un signo de corioamnionitis. Se recomienda la monitorización fetal mediante cardiotocografía continua si se requiere una vigilancia fetal, mientras que el uso del Doppler o la puntuación del perfil biofísico no se recomienda para la vigilancia de primera línea del feto.<sup>[115]</sup>

También se debe informar a las mujeres de que existe un mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta cuando se ha producido la RPMP.<sup>[94]</sup>

» En pacientes cuidadosamente seleccionadas que presentan bajo riesgo de prolapso de cordón y marcadores de inflamación normales, puede considerarse realizarles una monitorización como pacientes ambulatorias después de 48 a 72 horas de observación como pacientes hospitalizadas. Dichas mujeres deben continuar midiéndose la temperatura dos veces al día y estar alertas ante los síntomas y signos de una posible infección que requiera el ingreso hospitalario.

### más **antibióticos**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

#### Opciones primarias

» **eritromicina base**: 250 mg por vía oral cuatro veces al día

#### O

» **fenoximetilpenicilina**: 250 mg por vía oral cuatro veces al día

» Deben administrarse antibióticos durante 10 días después de un diagnóstico de la RPMP, o hasta que la mujer esté en trabajo de parto establecido (lo que ocurra primero).<sup>[73] [94]</sup>

» Se puede administrar profilaxis antibiótica intraparto a las mujeres con parto prematuro si hay rotura de membranas antes del parto, o sospecha/confirmación de rotura de membranas intraparto que dure más de 18 horas.<sup>[116] [117]</sup>

» Puede administrarse eritromicina o penicilina. No se recomienda la amoxicilina/ácido

## Agudo

## adjunto

clavulánico, porque puede incrementar el riesgo de enterocolitis necrotizante en el neonato.

**corticosteroide**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

**Opciones primarias**

» fosfato sódico de betametasona/acetato de betametasona: 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas por 2 dosis

**O**

» fosfato sódico de dexametasona: 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas por 4 dosis

» En las gestaciones de entre 24 y 34 semanas, se deben prescribir corticosteroides prenatales.[119] [128] Una vez producida la rotura de las membranas, el parto prematuro es casi inevitable y los corticosteroides son beneficiosos para el feto. No existe evidencia de que incrementen el riesgo de infección.[97][118]

» Los corticosteroides se pueden considerar en mujeres con 22 semanas de gestación con riesgo de parto prematuro en los siguientes 7 días (dependiendo de los deseos de la familia en cuanto a resucitación).[128] [130] [131]

» Las guías de práctica clínica del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recomiendan el uso de corticosteroides en mujeres con riesgo inminente de parto prematuro (debido a RPMP, trabajo de parto prematuro establecido o parto prematuro planificado) de 24 a 34+6 semanas de gestación.[94] [130]

» La evidencia sugiere que la administración tardía de corticosteroides en gestaciones pretérmino (es decir, de 35 a 36 semanas) puede reducir las complicaciones respiratorias neonatales, pero estos beneficios deben sopesarse en función de los posibles efectos adversos.[128] [132] [133]

» Puede utilizarse betametasona o dexametasona. La dexametasona podría ocasionar una reducción de las tasas de hemorragia intraventricular.[97] [129]

## adjunto

**sulfato de magnesio**

## Agudo

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

### Opciones primarias

» **sulfato de magnesio**: consulte a un especialista para obtener información sobre la dosis

La dosis depende de la indicación, la vía de administración y las guías de práctica clínica locales. Consulte el vademécum local o las guías de práctica clínica para obtener más orientación.

» El sulfato de magnesio administrado antes del parto puede proteger al feto de daños neurológicos. Una revisión de la Cochrane encontró que el sulfato de magnesio prenatal redujo significativamente el riesgo de parálisis cerebral en los recién nacidos antes de las 34 semanas de gestación (riesgo relativo 0.68; IC del 95%: 0.54 a 0.87).[146]

» Las guías de práctica clínica recomiendan ofrecer sulfato de magnesio intravenoso para la neuroprotección fetal a las mujeres de entre 24 y 29+6 semanas de gestación que se encuentren en trabajo de parto prematuro establecido o que tengan un parto prematuro planificado en las próximas 24 horas.[73] [94] El sulfato de magnesio también se puede considerar a partir de las 23 semanas de gestación y para gestaciones por debajo de las 32 a 34 semanas; no se recomienda antes de la viabilidad.[73] [120][147]

» Los médicos que opten por utilizar sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal deben desarrollar pautas específicas con respecto a los criterios de inclusión, los regímenes de tratamiento y la tocólisis concurrente.[148]

■ **gestación >34 semanas o corioamnionitis**

**adjunto**

**parto inducido**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» El manejo expectante puede considerarse en los casos que no presentan signos manifiestos de infección.[122] [123] [124]

» La evidencia sobre el momento óptimo del parto para la RPMP en el período prematuro tardío (34 semanas a 36+6 semanas de gestación) es contradictoria, y las recomendaciones de las guías de práctica

## Agudo

clínica varían.[102] [124] El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y el National Institute for Health and Care Excellence recomiendan que el manejo expectante o el parto inmediato son razonables para la RPMP entre las semanas 34 y 36+6 semanas de gestación, lo que sugiere una toma de decisiones compartida con una consideración cuidadosa de los riesgos y beneficios desde una perspectiva materna y neonatal.[120] [125]

- » Existe poca justificación para el parto prematuro no indicado médicamente, y la evaluación de la madurez pulmonar fetal no debe utilizarse para justificar el parto en dichas circunstancias.[126]
- » Además de esto, es posible realizar un manejo conservador y el feto puede ganar madurez, pero existe un mayor riesgo de infección.
- » La corioamnionitis puede causar daño neurológico en el feto y puede aumentar las tasas de afecciones como la enterocolitis necrotizante y la displasia broncopulmonar. [10] [11] [12] [111] Una vez que es evidente, se indica el parto para evitar morbilidad tanto en la madre como en el feto.

### alto riesgo de parto inminente sin ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)

1ª

#### evaluación materna y de la viabilidad fetal

- » El alto riesgo de parto inminente entre las semanas 24 a 34 de gestación se evidencia mediante contracciones uterinas regulares, dilatación del cuello uterino o un resultado positivo en la prueba de fibronectina fetal.
- » La evaluación inicial en una mujer que presenta contracciones pretérmino aparentes debe incluir una revisión cuidadosa de todos los datos vinculados con la edad gestacional, dado que está relacionada con el pronóstico. La monitorización fetal puede llevarse a cabo mediante la auscultación intermitente o la cardiotocografía continua, aunque en gestaciones muy tempranas la monitorización podría ser inadecuada.
- » Debe considerarse el método del posible parto, en especial si es probable que se requiera una cesárea. Existen escasas evidencias para orientar dichas decisiones y deberá tomarlas un obstetra con experiencia, en consulta con un neonatólogo. Si es posible, hay que animar a los

## Agudo

más

padres a que acudan a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

### **corticosteroide ± traslado a unidad neonatal**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

#### **Opciones primarias**

» **fosfato sódico de betametasona/acetato de betametasona:** 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas por 2 dosis

O

» **fosfato sódico de dexametasona:** 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas por 4 dosis

» Las dos intervenciones más importantes que mejoran el resultado en el trabajo de parto prematuro son los corticosteroides prenatales y el traslado intraútero a un centro especializado cuando los servicios neonatales locales no son adecuados.[65] [97][127]

» A todas las mujeres que estén en riesgo de parto prematuro en un plazo de 7 días, que están entre las semanas 24 a 34 de gestación, se les debe administrar un ciclo de betametasona o dexametasona.[34] [119] [128] Las guías de práctica clínica del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recomiendan el uso de corticosteroides en mujeres con riesgo inminente de parto prematuro de 24 a 34+6 semanas de gestación.[94] [130] La dexametasona podría ocasionar una reducción de las tasas de hemorragia intraventricular.[97]

» Se puede considerar el uso de corticosteroides en mujeres de 22 semanas de gestación que están en riesgo de parto inminente.[128] [130] [131] Esta opción depende de los deseos de la familia en cuanto a resucitación.[128]

» La evidencia sugiere que la administración tardía de corticosteroides en gestaciones pretérmino (es decir, de 35 a 36 semanas) puede reducir las complicaciones respiratorias neonatales, pero estos beneficios deben sopesarse en función de los posibles efectos adversos.[128] [130][132] [133]

» Es probable que el beneficio clínico óptimo de los corticosteroides prenatales ocurra después de 24 horas hasta 7 a 14 días tras la

## Agudo

administración. El uso de dosis múltiples se ha asociado con la restricción del crecimiento intrauterino y con inquietudes teóricas de la morbilidad a largo plazo.[134] Sin embargo, repetir un único ciclo después de 7 días puede ser beneficioso si la gestación aún es crítica, y un metanálisis sugiere que no existe evidencia perjudicial a los 2 o 3 años (en más de 4000 niños).[135] [136][137] [Evidence A]

» El uso de corticosteroides prenatales en países con ingresos promedio bajos y medios se ha asociado con una mayor mortalidad neonatal global, y se debe tener la precaución de no extrapolar los hallazgos de los ensayos clínicos a todas las poblaciones.[138] [119]

» El traslado se indica en los casos donde no hay disponibilidad de instalaciones locales para atención neonatal.

### más **antibióticos intravenosos**

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

#### Opciones primarias

» **bencilpenicilina sódica**: 3 g por vía intravenosa inicialmente, seguidos de 1.5 g cada 4 horas

#### Opciones secundarias

» **clindamicina**: 900 mg por vía intravenosa cada 8 horas

» En los EE.UU., todas las mujeres en trabajo de parto prematuro activo con contracciones uterinas regulares y dilatación cervical progresiva reciben antibióticos intravenosos para la profilaxis del estreptococo del grupo B (EGB) (excepto en el caso de cultivo negativo de EGB obtenido a las  $\geq 36+0$  semanas de gestación).[117] En el Reino Unido no existen pruebas de cribado de rutina para el SGB, pero se recomiendan los antibióticos intravenosos para mujeres en trabajo de parto prematuro confirmado, independientemente de su estado en cuanto a SGB.[116]

» La penicilina es el antibiótico de elección, a menos que la paciente sea alérgica.[116]

### adjunto **fármaco tocolítico**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

## Agudo

### Opciones primarias

» **nifedipino**: 30 mg por vía oral (liberación inmediata) como dosis de carga, seguida de 10-20 mg cada 4-6 horas

### O

» **atosiban**: consulte a un especialista para obtener información sobre la dosis

» Los fármacos tocolíticos pueden prolongar la gestación entre 2 y 7 días; se recomiendan para uso a corto plazo, a fin de dar tiempo para administrar corticosteroides prenatales y para trasladar a la madre a una unidad de neonatología adecuada.[65] [66] Una revisión de la Cochrane informó evidencia de certeza baja a moderada de que todas las clases de fármacos tocolíticos evaluadas fueron eficaces para retrasar el parto prematuro durante 48 horas y 7 días.[139]

» El uso de fármacos tocolíticos debe considerarse cuidadosamente, ya que no existe una clara evidencia de que mejoren el resultado, y su perfil de efectos adversos debe tenerse en cuenta en el momento de elegir un fármaco en particular.[60]

» Mientras se realice la administración, debe monitorizarse el pulso y la presión arterial materna cada 30 minutos durante las primeras 4 horas, y posteriormente cada 2 horas durante las primeras 24 horas.

» Las contraindicaciones incluyen anomalía fetal letal, corioamnionitis, compromiso fetal, sangrado vaginal significativo o comorbilidad materna.[60]

» El nifedipino (antagonista del calcio) es un fármaco que se utiliza con frecuencia. Los antagonistas del calcio podrían ser más eficaces que otros fármacos tocolíticos para reducir el riesgo de parto antes de las 34 semanas de gestación y para reducir la morbilidad neonatal. El nifedipino tiene efectos adversos que son dependientes de la dosis, más frecuentemente tras una dosis total de 60 mg.[140] El atosiban (antagonista de la oxitocina) y el nifedipino tienen una eficacia comparable a la de los agonistas beta, con menos efectos adversos y resultados perinatales similares.[142] [143] [144] El atosiban se utiliza en algunos países, pero no está disponible en EE. UU. Los agonistas beta ya no parecen la mejor opción ya que, aunque

## Agudo

pueden prolongar la gestación, es probable que provoquen efectos adversos en la madre que lleven a la interrupción del tratamiento, y la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE.UU. advierte contra el uso fuera de etiqueta de la terbutalina para el parto prematuro.[141]

### adjunto sulfato de magnesio

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

#### Opciones primarias

» **sulfato de magnesio:** consulte a un especialista para obtener información sobre la dosis

La dosis depende de la indicación, la vía de administración y las guías de práctica clínica locales. Consulte el vademécum local o las guías de práctica clínica para obtener más orientación.

» El sulfato de magnesio administrado antes del parto puede proteger al feto de daños neurológicos. Una revisión de la Cochrane encontró que el sulfato de magnesio prenatal redujo significativamente el riesgo de parálisis cerebral en los recién nacidos antes de las 34 semanas de gestación (riesgo relativo 0.68; IC del 95%: 0.54 a 0.87).[146]

» Las guías de práctica clínica recomiendan ofrecer sulfato de magnesio intravenoso para la neuroprotección fetal a las mujeres de entre 24 y 29+6 semanas de gestación que se encuentren en trabajo de parto prematuro establecido o que tengan un parto prematuro planificado en las próximas 24 horas.[73] [94] El sulfato de magnesio también se puede considerar a partir de las 23 semanas de gestación y para gestaciones por debajo de las 32 a 34 semanas; no se recomienda antes de la viabilidad.[73] [120][147]

» Los médicos que opten por utilizar sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal deben desarrollar pautas específicas con respecto a los criterios de inclusión, los regímenes de tratamiento y la tocólisis concurrente.[148]

## Emergente

### Pesario de cuello uterino en mujeres embarazadas con cuello uterino corto

Un pesario Arabin® es un pesario de silicona flexible, en forma de anillo, que se ha sugerido que reduce la tasa de nacimientos prematuros. Un ensayo aleatorizado controlado (EAC) multicéntrico evaluó si el pesario confirió beneficios en mujeres con embarazos únicos y cuello uterino corto en comparación con la progesterona, y no encontró una disminución en el parto prematuro por debajo de las 37 semanas de gestación.[150] Una revisión de la Cochrane de 2022 encontró que el pesario puede reducir el riesgo de parto antes de las 37 semanas (cociente de riesgos [CR] 0.68; IC del 95%: 0.44 a 1.05) y a las 34 semanas (CR 0.72; IC del 95%: 0.33 a 1.55) en mujeres asintomáticas de alto riesgo con embarazos únicos en comparación con ningún tratamiento.[151] Sin embargo, la evidencia fue de certeza baja a moderada y debe interpretarse con precaución debido a la heterogeneidad estadística, la imprecisión y el riesgo de sesgo. La eficacia en comparación con la progesterona también fue incierta, y hubo poco efecto del pesario con respecto a la infección materna, el ingreso en la unidad neonatal o la mortalidad neonatal.[151] Algunos estudios no encontraron ningún beneficio del pesario para reducir las tasas de parto prematuro en embarazos gemelares no seleccionados y en embarazos gemelares de mayor riesgo con cuello uterino corto.[152] [153]

### Terapias con progesterona

Las terapias con progesterona reducen la incidencia de parto prematuro en mujeres que han tenido un parto prematuro espontáneo previo y en mujeres en las que se descubrió incidentalmente que tenían un cuello uterino corto.[86] En los Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha retirado su aprobación para la hidroxiprogesterona intramuscular, ya que los grandes estudios comerciales no han confirmado beneficios. Sin embargo, un metanálisis indica que las preparaciones vaginales e intramusculares de progesterona pueden ser beneficiosas en los embarazos únicos, ya que ambas reducen el parto prematuro antes de las 34 semanas de gestación en los embarazos únicos de alto riesgo (CR 0.78; IC del 95%: 0.68 a 0.90 y CR 0.83; IC del 95%: 0.68 a 1.01, respectivamente).[86] Aunque este metanálisis incluyó a mujeres sin cuello uterino corto u otros factores de riesgo de parto prematuro, las cifras fueron pequeñas y, por lo tanto, faltan pruebas para ofrecer progesterona profiláctica de forma rutinaria a las mujeres sin factores de riesgo. Faltan pruebas que apoyen el uso de preparaciones por vía oral.[86] En embarazos múltiples, la progesterona no fue beneficiosa y puede aumentar los efectos adversos.[86] [87] [88] El efecto de la progesterona sobre los resultados neonatales y maternos es menos seguro. Los metanálisis sugieren resultados neonatales consistentemente favorables, pero resaltan la incertidumbre de este efecto.[72] [86] Los datos sobre los efectos a largo plazo de la progesterona son limitados, pero una revisión sistemática no informó efectos en niños de hasta 8 años expuestos a la progesterona en el útero, y un estudio de seguimiento de 4 años no mostró diferencias entre la 17-hidroxiprogesterona y el placebo en ninguno de los resultados del desarrollo evaluados.[154] [155]

## Prevención primaria

Existen muchas causas y muchos factores de riesgo para tener un trabajo de parto prematuro, por lo tanto, no existe una única estrategia preventiva. Los protocolos para monitorizar a las mujeres asintomáticas con alto riesgo no están establecidos, pero pueden ofrecerse intervenciones profilácticas a las mujeres en riesgo de parto prematuro. Un parto prematuro previo o una longitud corta del cuello uterino (<2 cm) y un resultado positivo en la prueba de fibronectina fetal incrementan el riesgo de parto prematuro. Entre un tercio y la mitad de las mujeres que obtuvieron un resultado positivo en la prueba de fibronectina a las 23 semanas de gestación tienen el parto antes de las 30 semanas.[48] [49]

Intervenciones para disminuir el riesgo de tener un trabajo de parto prematuro antes de la concepción

- Las modificaciones del estilo de vida materno a través de la educación, con énfasis en la mejoría de la salud general, el abandono del hábito de fumar, la actividad adecuada y el ejercicio pueden ser favorables, pero pocas intervenciones en el estilo de vida mejoran el resultado.
- Limitar el número de embriones transferidos en la concepción asistida.[24]

- Se puede adoptar técnicas menos invasivas para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical (NICI). Las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) podrían reducir la incidencia de la NICI y su posterior tratamiento quirúrgico.[42]

Intervenciones para disminuir el riesgo de tener un trabajo de parto prematuro después de la concepción

- Factores conductuales y de estilo de vida: el reposo en cama, la abstinencia de relaciones sexuales y las manipulaciones dietéticas (p. ej., hidratación, evitar la cafeína) no han demostrado mejorar los resultados.[60] [61] Se recomienda indagar inicialmente sobre los factores de riesgo potencialmente modificables, como el tabaquismo, el consumo de drogas recreativas, la violencia doméstica, las infecciones del tracto urinario y los procedimientos cervicales previos. Todas las mujeres embarazadas deben recibir asesoramiento y apoyo para dejar de fumar. Ver el apartado Abandono del tabaco . La atención prenatal intensificada no es más exitosa que la atención habitual en cuanto a la reducción de la tasa de partos prematuros en poblaciones socialmente desfavorecidas.
- Ecografía fetal: se puede utilizar para evaluar con precisión la edad gestacional, proporcionar un peso estimado para el equipo neonatal y permite la identificación temprana de anomalías fetales que pueden aumentar el riesgo de requerir un parto prematuro.[62]
- Antibioticoterapia: el cribado en mujeres para detectar flora vaginal anormal puede identificar mujeres con mayor riesgo, en particular si se halla vaginosis bacteriana en la etapa temprana del embarazo.[14] Sin embargo, el tratamiento no mejora el resultado de manera consistente.[63] Por lo tanto, no se recomienda realizar pruebas de cribado de rutina en mujeres para detectar vaginosis bacteriana.[15] Se cree que el tratamiento de la bacteriuria urinaria asintomática (así como de las infecciones urinarias sintomáticas) es beneficioso.[64] Tras una rotura prematura de membranas pretérmino, existen evidencias de que la terapia antibiótica con penicilina o eritromicina puede ser eficaz para reducir el parto prematuro.
- Fármacos tocolíticos: pueden prolongar la gestación entre 2 y 7 días; se recomiendan para uso a corto plazo, con el objetivo de dar tiempo para administrar corticosteroides prenatales y para trasladar a la madre a una unidad de neonatología adecuada.[65] [66] No están recomendados para uso prolongado. Ver el apartado Manejo de gestión .
- Caries dentales, una mala dentadura y la enfermedad periodontal: se pueden asociar con un mayor riesgo de parto prematuro.[30] Sin embargo, se desconoce si el mantenimiento de una buena higiene dental durante el embarazo puede ayudar a evitar el parto prematuro y se requieren investigaciones adicionales.[67]

Cerclaje cervical o progesterona vaginal

- El cerclaje cervical consiste en realizar una sutura alrededor de la parte superior del cuello uterino para mantenerlo cerrado. Es una intervención profiláctica establecida que se utiliza desde hace años. Los estudios observacionales iniciales eran muy promisorios debido a las altas tasas de éxito, pero los ensayos aleatorizados de intervención han demostrado solamente un beneficio marginal.[68] [69] En mujeres con una pequeña longitud del cuello uterino (<25 mm), parto prematuro espontáneo previo y embarazo de feto único, el cerclaje está asociado con una reducción de la morbilidad y la mortalidad.[70] Sin embargo, el cerclaje no parece reducir las tasas de parto prematuro en mujeres con bajo riesgo, y la evidencia sobre las mujeres con alto riesgo es limitada.[71][72] El cerclaje puede aumentar el riesgo de cesárea.[69]
- Las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence sugieren ofrecer un cerclaje cervical profiláctico o progesterona vaginal a las mujeres con antecedentes tanto de parto prematuro espontáneo como de pérdida a mitad del trimestre, y una longitud cervical de 25 mm o menos (según los resultados de una ecografía transvaginal entre las 16 y 24 semanas de embarazo).[73] Se puede ofrecer progesterona vaginal profiláctica sola para cualquiera de estas indicaciones y está respaldada por el American College of Obstetricians and Gynecologists y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).[74] [75] Si se utiliza progesterona, el tratamiento se inicia entre las semanas 16 y 24 del embarazo, y se continúa hasta al menos las 34 semanas.[73] El cerclaje cervical también puede ofrecerse a las mujeres con una longitud cervical de 25 mm o menos, y un historial de rotura prematura de membranas antes del parto o un historial de traumatismo cervical.[73]
- Se cree que el cerclaje y la progesterona vaginal son igualmente eficaces para las mujeres con una gestación única, un parto prematuro espontáneo previo y un cuello uterino corto.[76] En un metanálisis, tanto la progesterona vaginal como el cerclaje redujeron el riesgo de parto prematuro, pero la certeza de la evidencia para el cerclaje fue baja y solo la progesterona vaginal mejoró significativamente los resultados neonatales.[72]

- El beneficio del cerclaje no depende del grado de acortamiento del cuello uterino.[77] Las indicaciones para la colocación del cerclaje no deben basarse únicamente en los criterios del ultrasonido, sino que deberían considerar factores históricos (p. ej., un parto prematuro previo).[78] En el caso de mujeres con alto riesgo a las que no se les ha realizado un cerclaje, se puede considerar llevar a cabo una vigilancia con ultrasonido.[79]
- La sutura del cerclaje puede colocarse más arriba, movilizándolo la vejiga, o mediante un abordaje quirúrgico transabdominal (incluso por laparoscopia).[80][81] Un ensayo aleatorizado controlado (EAC) que comparaba el uso del cerclaje abdominal con el cerclaje vaginal demostró que la vía abdominal era superior al cerclaje vaginal alto y bajo, reduciendo significativamente el parto prematuro antes de las 32 semanas de gestación y reduciendo la muerte fetal.[82]
- El cerclaje también se ha utilizado como medida de emergencia en un intento de retrasar el trabajo de parto, en un promedio de 1 mes, una vez que se ha dilatado el cuello uterino y las membranas están expuestas en la vagina.[83] [84] La mayor parte de la evidencia de apoyo proviene de estudios de cohortes y se justifican los EAC, pero, como en ese punto el parto prematuro es extremadamente probable, dicha intervención parece estar justificada, siempre que no exista evidencia clínica de infección y no haya actividad uterina significativa.[81]
- El uso del cerclaje en embarazos múltiples es menos claro, pero la evidencia de baja calidad indica que puede ser beneficioso para la prevención del parto antes de las 34 semanas cuando el cuello uterino mide <15 mm.[85] Los metanálisis sugieren que la progesterona vaginal no es beneficiosa para los embarazos múltiples y puede estar asociada con un aumento de los efectos adversos.[86] [87] [88]

## Prevención secundaria

Las medidas dependen de la etiología subyacente, pero pueden incluir cerclaje de cuello uterino o terapia de progesterona.

## Discusión con el paciente

Se debe tranquilizar a las mujeres informándoles de que tienen probabilidades de lograr un embarazo exitoso en el futuro y que no es raro lograr un embarazo viable con el manejo adecuado. Para reducir más el riesgo, se les debe aconsejar que dejen el tabaquismo y alentarlas a que asistan a las consultas prenatales normales.

## Monitorización

### Monitorización

A todas las mujeres que han tenido un parto prematuro, posteriormente se les debe brindar información adecuada, asesoramiento y planificación anticonceptiva. Los hallazgos específicos dependerán de la etiología del trabajo de parto prematuro y de los hallazgos de las investigaciones, pero la mayoría de las mujeres tiene probabilidades de lograr un embarazo exitoso en el futuro.

## Complicaciones

Complicaciones	Calendario	Probabilidad
<b>morbilidad y mortalidad neonatal</b>	<b>variable</b>	<b>medio</b>
<p>En gestaciones tempranas, la probabilidad de morbilidad grave y muerte es alta. En gestaciones de menos de 26 semanas, ocurre un daño neurológico evidente en aproximadamente 1 de cada 4 bebés, que ocasiona morbilidades como parálisis cerebral, ceguera o sordera.[159] En aproximadamente 1 de cada 10 bebés a las 26 semanas de gestación y en aproximadamente 1 de cada 3 bebés a las 22 semanas de gestación se produce discapacidad grave.[1] La retinopatía del prematuro está relacionada con la oxigenoterapia, que se necesita para tratar la dificultad respiratoria. Sin embargo, el 50% de dichos bebés no tiene problemas graves.[159] Existe una mayor tasa de problemas de comportamiento y de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los niños nacidos prematuramente.</p>		
<b>efectos adversos maternos relacionados con los agonistas beta</b>	<b>variable</b>	<b>baja</b>
<p>Los beta agonistas ya no parecen la mejor opción de tocolítico, ya que pueden provocar efectos adversos en la madre que lleven a la interrupción del tratamiento, y la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE.UU. advierte contra el uso fuera de etiqueta de la terbutalina para el parto prematuro.[139] [141]</p> <p>Los agonistas beta pueden causar los siguientes efectos adversos en la madre: dolor torácico, palpitaciones, disnea, temblor, náuseas, vómitos y cefalea.</p>		

## Pronóstico

El riesgo de recurrencia del nacimiento y del trabajo de parto prematuros espontáneos están bien definidos y muestran una congruencia notable, a pesar de la variada etiología. Solamente las mujeres que han tenido partos prematuros recurrentes de gestaciones tempranas suelen tener un riesgo futuro >50%.[17] Incluso en las mujeres que presentan factores de riesgo importantes, como la cirugía de cuello uterino extensiva, no es infrecuente conseguir un embarazo viable con un manejo adecuado. Estas pacientes pueden ser más aptas para una intervención como el cerclaje cervical.

Algunos estudios sugieren que las mujeres que dan a luz prematuramente pueden tener un mayor riesgo de mortalidad prematura por cualquier causa y por enfermedades específicas más adelante en la vida, pero los mecanismos no están claros.[156] [157] [158] En un estudio de cohorte nacional grande realizado en Suecia, el riesgo fue mayor para el parto prematuro con indicación médica versus el parto prematuro espontáneo (cociente de riesgos instantáneos ajustado 1.70 [IC del 95%: 1.52 a 1.90] y 1,21 [IC del

95%: 1.08 a 1.35], respectivamente) y los partos prematuros múltiples aumentaron aún más el riesgo de mortalidad.[156]

La edad gestacional en el momento del parto es clave para la mortalidad y la morbilidad del feto. En gestaciones de menos de 26 semanas, ocurre un daño neurológico evidente en aproximadamente 1 de cada 4 bebés, que ocasiona morbilidades como parálisis cerebral, ceguera o sordera.[159] En aproximadamente 1 de cada 10 bebés a las 26 semanas de gestación y en aproximadamente 1 de cada 3 bebés a las 22 semanas de gestación se produce discapacidad grave.[1]

# Guías de práctica clínica para el diagnóstico

## Reino Unido

**Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation** (<https://www.bapm.org/pages/191-resources>)

**Publicado por:** British Association of Perinatal Medicine

**Última publicación:** 2019

**Biomarker tests to help diagnose preterm labour in women with intact membranes** (<https://www.nice.org.uk/guidance/dg33>)

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicación:** 2018

## América del Norte

**Guideline no. 430: diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes** (<https://sogc.org/en/en/content/guidelines-jogc/guidelines-and-jogc-new.aspx?hkey=aa09f753-7812-462a-9d80-3e6b609f6ec6>)

**Publicado por:** Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

**Última publicación:** 2022

**Practice bulletin no. 234: prediction and prevention of spontaneous preterm birth** (<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins-List>)

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicación:** 2021  
(re-affirmed 2024)

# Guías de práctica clínica de tratamiento

## Reino Unido

**Twin and triplet pregnancy (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng137>)**

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicación:** 2024

**Preterm labour and birth (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>)**

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicación:** 2022

**Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality (Green-top guideline no. 74) (<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines>)**

**Publicado por:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**Última publicación:** 2022

**Cervical cerclage (Green-top guideline no. 75) (<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines>)**

**Publicado por:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**Última publicación:** 2022

**Inducing labour (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng207>)**

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicación:** 2021

**Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation (<https://www.bapm.org/pages/191-resources>)**

**Publicado por:** British Association of Perinatal Medicine

**Última publicación:** 2019

**Care of women presenting with suspected preterm prelabour rupture of membranes from 24+0 weeks of gestation (Green-top guideline no. 73) (<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines>)**

**Publicado por:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**Última publicación:** 2019

## Europa

**Preterm labor and birth management (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28482713>)**

**Publicado por:** European Association of Perinatal Medicine

**Última publicación:** 2017

## Internacional

**FIGO working group for preterm birth-good practice recommendations (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/18793479/2021/155/1>)**

**Publicado por:** International Federation of Gynecology and Obstetrics

**Última publicación:** 2021

## América del Norte

**Practice bulletin no. 231: multifetal gestations twin, triplet, and higher-order multifetal pregnancies (<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins-List>)**

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicación:** 2021  
(reaffirmed 2024)

**Practice bulletin no. 217: prelabor rupture of membranes (<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins-List>)**

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicación:** 2020  
(re-affirmed 2023)

**Committee opinion 765: avoidance of nonmedically indicated early-term deliveries and associated neonatal morbidities (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion>)**

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicación:** 2019  
(re-affirmed 2021)

**Committee opinion 713: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion>)**

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicación:** 2017  
(reaffirmed 2024)

**Practice bulletin no. 171: management of preterm labor (<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins-List>)**

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicación:** 2016  
(reaffirmed 2022)

**Induction of labour (<https://www.jogc.com/current-guidelines-english>)**

**Publicado por:** Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

**Última publicación:** 2015

**Practice bulletin no. 142: cerclage for the management of cervical insufficiency (<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins-List>)**

**Publicado por:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicación:** 2014  
(reaffirmed 2024)

## Recursos online

---

1. BAPM: QUiPP app toolkit (<https://www.bapm.org/pages/187-quipp-app-toolkit>) (*external link*)

## Tablas de evidencias

### En mujeres con riesgo de parto prematuro, ¿cómo se comparan las dosis repetidas de corticosteroides con un único tratamiento para mejorar los resultados fetales, neonatales e infantiles?

 Esta tabla es un resumen del análisis reportado en una Respuesta Clínica Cochrane que se centra en la pregunta clínica más importante antes mencionada.



Cochrane  
Clinical Answers

Ver la fuente Cochrane Clinical Answer completa (<https://www.cochranelibrary.com/cca/doi/10.1002/cca.4027/full>)

Evidencia A <sup>\*</sup> La confianza en las evidencias es alta o moderada a alta cuando se ha realizado el GRADE y la intervención es más eficaz/beneficiosa que la comparación para los principales resultados.

**Población:** Embarazadas con riesgo de parto prematuro que habían recibido un único ciclo de corticosteroides prenatales al menos una semana antes del inicio del ensayo

**Intervención:** Dosis repetidas de corticosteroides

**Comparación:** Tratamiento único con corticosteroides

Resultado	Eficacia (clasificación BMJ) <sup>†</sup>	Confianza en las evidencias (GRADE) <sup>‡</sup>
Mortalidad fetal, neonatal o infantil (<1 año de edad)	No hay diferencias estadísticamente significativas	Moderada
Síndrome de dificultad respiratoria	Favorece una intervención	Alto
Enfermedad pulmonar grave	Favorece una intervención	Moderada
Enfermedad pulmonar crónica	No hay diferencias estadísticamente significativas	Alto
Hemorragia intraventricular grave (grado 3/4)	No hay diferencias estadísticamente significativas	Moderada
Enterocolitis necrotizante	No hay diferencias estadísticamente significativas	Moderada
Combinación de resultados graves	Favorece una intervención	Moderada
Defunciones totales (subgrupos: niños de hasta 2-3 años; niños de hasta 5-8 años)	No hay diferencias estadísticamente significativas	Moderada

Resultado	Eficacia (clasificación BMJ) <sup>†</sup>	Confianza en las evidencias (GRADE) <sup>‡</sup>
Deterioro del neurodesarrollo en el seguimiento de la primera infancia (2-3 años)	No hay diferencias estadísticamente significativas	Alto
Deterioro neurocognitivo en el seguimiento de la infancia media y tardía (5-8 años)	No hay diferencias estadísticamente significativas	Bajo

**Nota**

La revisión de la Cochrane en la que se basa esta Respuesta Clínica Cochrane (Cochrane Clinical Answer o CCA) señala que las evidencias de los resultados en la adolescencia y la edad adulta son insuficientes, por lo que se requiere más investigación.

**\* Niveles de evidencia**

El nivel de evidencia es una clasificación interna aplicada por BMJ Best Practice. Véase el/la [Kit de herramientas EBM \(https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/\)](https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/) para más información.

**Confianza en la evidencia**

- A - Alto o moderado a alto
- B - Moderado o bajo a moderado
- C - Muy bajo o bajo

**† Eficacia (clasificación BMJ)**

Basado en el significado estadística, que demuestra que es poco probable que los resultados se deban al azar, pero que no se traduce necesariamente en una importancia clínica.

**‡ Clasificaciones de certeza de GRADE**

alto	Los autores tienen mucha confianza que el verdadero efecto sea cercano al efecto estimado.
Moderada	Los autores tienen una confianza moderada que el verdadero efecto sea cercano al efecto estimado.
Bajo	Los autores tienen una confianza limitada en la estimación del efecto y el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente.
Muy bajo	Los autores tienen muy poca confianza en la estimación del efecto y es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente.

BMJ Best Practice Kit de herramientas de MBE: ¿Qué es GRADE? (<https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>)

## Artículos principales

- National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth. Jun 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng25\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng25)
- Shennan AH, Story L, Royal College of Obstetricians, Gynaecologists. Cervical cerclage: green-top guideline no. 75. BJOG. 2022 Jun;129(7):1178-210. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.17003\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.17003) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35199905?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35199905?tool=bestpractice.bmj.com)
- EPPPIC Group. Evaluating Progestogens for Preventing Preterm birth International Collaborative (EPPPIC): meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. Lancet. 2021 Mar 27;397(10280):1183-94. [Texto completo \(https://eprints.whiterose.ac.uk/177300\)](https://eprints.whiterose.ac.uk/177300) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33773630?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33773630?tool=bestpractice.bmj.com)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of women presenting with suspected preterm prelabour rupture of membranes from 24+0 weeks of gestation. Green-top guideline no. 73. Jun 2019 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg73\)](https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg73)
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Committee Opinion-Obstetrics. ACOG committee opinion no. 713: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Obstet Gynecol. 2017 Aug;130(2):e102-9. [Texto completo \(https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/antenatal-corticosteroid-therapy-for-fetal-maturation\)](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/antenatal-corticosteroid-therapy-for-fetal-maturation) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28742678?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28742678?tool=bestpractice.bmj.com)

## Referencias

1. Mactier H, Bates SE, Johnston T, et al. Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation: a framework for practice. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2020 May;105(3):232-9. [Texto completo \(https://fn.bmj.com/content/105/3/232.long\)](https://fn.bmj.com/content/105/3/232.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31980443?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31980443?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. Science. 2014 Aug 15;345(6198):760-5. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4191866\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4191866) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25124429?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25124429?tool=bestpractice.bmj.com)
3. World Health Organization. Born too soon: decade of action on preterm birth. May 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890)
4. Office for National Statistics. Birth characteristics in England and Wales: 2021. Jan 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2021\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2021)

5. Centers for Disease Control and Prevention. Births in the United States, 2022. Aug 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db477.htm\)](https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db477.htm)
6. March of Dimes. Prematurity profile. Aug 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/prematurity-profile\)](https://www.marchofdimes.org/peristats/reports/united-states/prematurity-profile)
7. Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. *Semin Perinatol.* 2017 Nov;41(7):387-91. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28865982?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28865982?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Langhoff-Roos J, Kesmodel U, Jacobsson B, et al. Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population-based study. *BMJ.* 2006 Apr 22;332(7547):937-9. [Texto completo \(http://www.bmj.com/content/332/7547/937.long\)](http://www.bmj.com/content/332/7547/937.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16497733?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16497733?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Office for National Statistics. Provisional births in England and Wales. Mar 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/datasets/provisionalbirthsinenglandandwales\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/datasets/provisionalbirthsinenglandandwales)
10. Maisonneuve E, Lorthe E, Torchin H, et al. Association of chorioamnionitis with cerebral palsy at two years after spontaneous very preterm birth: the EPIPAGE-2 cohort study. *J Pediatr.* 2020 Jul;222:71-8.e6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32586536?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32586536?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Been JV, Lievens S, Zimmermann LJ, et al. Chorioamnionitis as a risk factor for necrotizing enterocolitis: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr.* 2013 Feb;162(2):236-42.e2. [Texto completo \(https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(12\)00790-1/fulltext\)](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(12)00790-1/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920508?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920508?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Hartling L, Liang Y, Lacaze-Masmonteil T. Chorioamnionitis as a risk factor for bronchopulmonary dysplasia: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Jan;97(1):F8-17. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21697236?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21697236?tool=bestpractice.bmj.com)
13. Smail F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(8):CD000490. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000490.pub3/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000490.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26252501?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26252501?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Guerra B, Ghi T, Quarta S, et al. Pregnancy outcome after early detection of bacterial vaginosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 Sep-Oct;128(1-2):40-5. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16460868?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16460868?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Simcox R, Sin WT, Seed PT, et al. Prophylactic antibiotics for the prevention of preterm birth in women at risk: a meta-analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007 Oct;47(5):368-77. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17877593?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17877593?tool=bestpractice.bmj.com)
16. US Preventive Services Task Force. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008 Feb

5;148(3):214-9. [Texto completo \(http://annals.org/article.aspx?articleid=739245\)](http://annals.org/article.aspx?articleid=739245) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18252683?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18252683?tool=bestpractice.bmj.com)

17. McManemy J, Cooke E, Amon E, et al. Recurrence risk for preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Jun;196(6):576.e1-6; discussion 576.e6-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17547902?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17547902?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008 Jan 5;371(9606):75-84. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177778?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177778?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Aveyard P, Cheng KK, Manaseki S, et al. The risk of preterm delivery in women from different ethnic groups. *BJOG*. 2002 Aug;109(8):894-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12197368?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12197368?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y, et al. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *Obstet Gynecol*. 2005 May;105(5 Pt 1):1084-91. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863548?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863548?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Mohsin M, Jalaludin B. Influence of previous pregnancy outcomes and continued smoking on subsequent pregnancy outcomes: an exploratory study in Australia. *BJOG*. 2008 Oct;115(11):1428-35. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18700893?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18700893?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, et al. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2005 Jul;106(1):61-5. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15994618?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15994618?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, et al. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ*. 2008 Sep 18;337:a1343. [Texto completo \(http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1343.long\)](http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1343.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18801869?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18801869?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Shennan AH, Bewley S. Why should preterm births be rising? *BMJ*. 2006 Apr 22;332(7547):924-5. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16627490?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16627490?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Suff N, Xu VX, Glazewska-Hallin A, et al. Previous term emergency caesarean section is a risk factor for recurrent spontaneous preterm birth; a retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022 Apr;271:108-11. [Texto completo \(https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(22\)00058-6/fulltext\)](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(22)00058-6/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35182999?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35182999?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Williams C, Fong R, Murray SM, et al. Caesarean birth and risk of subsequent preterm birth: a retrospective cohort study. *BJOG*. 2021 May;128(6):1020-8. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16566\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16566) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33043563?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33043563?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG*. 2005 Apr;112(4):430-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777440?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777440?tool=bestpractice.bmj.com)

28. DeFranco EA, Lewis DF, Odibo AO. Improving the screening accuracy for preterm labor: is the combination of fetal fibronectin and cervical length in symptomatic patients a useful predictor of preterm birth? A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Mar;208(3):233.e1-6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246314?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246314?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Lee T, Silver H. Etiology and epidemiology of PPRM. *Clin Perinatol.* 2001 Dec;28(4):721-34. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11817185?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11817185?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Oregon Oral Health Coalition. Guidelines for oral health care in pregnancy. 2009 [internet publication]. [Texto completo \(http://static1.squarespace.com/static/554bd5a0e4b06ed592559a39/t/564a5308e4b0d6ff2f94615e/1447711496782/Guidelines+for+Oral+Health+Care+During+Pregnancy.pdf\)](http://static1.squarespace.com/static/554bd5a0e4b06ed592559a39/t/564a5308e4b0d6ff2f94615e/1447711496782/Guidelines+for+Oral+Health+Care+During+Pregnancy.pdf)
31. Fogacci MF, Vettore MV, Leão AT. The effect of periodontal therapy on preterm low birth weight: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011 Jan;117(1):153-65. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21173658?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21173658?tool=bestpractice.bmj.com)
32. National Institute for Health and Care Excellence. Twin and triplet pregnancy. Apr 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng137\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng137)
33. Health Services Safety Investigations Body. Management of preterm labour and birth of twins. Aug 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.hssib.org.uk/patient-safety-investigations/management-of-preterm-labour-and-birth\)](https://www.hssib.org.uk/patient-safety-investigations/management-of-preterm-labour-and-birth)
34. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins- Gynecology. ACOG practice bulletin no. 231: multifetal gestations: twin, triplet, and higher-order multifetal pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2021 Jun 1;137(6):e145-62. [Texto completo \(https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2021/06/multifetal-gestations-twin-triplet-and-higher-order-multifetal-pregnancies\)](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2021/06/multifetal-gestations-twin-triplet-and-higher-order-multifetal-pregnancies) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34011891?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34011891?tool=bestpractice.bmj.com)
35. Honein MA, Kirby RS, Meyer RE, et al. The association between major birth defects and preterm birth. *Matern Child Health J.* 2009 Mar;13(2):164-75. [Texto completo \(https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-008-0348-y\)](https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-008-0348-y) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18484173?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18484173?tool=bestpractice.bmj.com)
36. Iams JD, Johnson FF, Sonek J, et al. Cervical competence as a continuum: a study of ultrasonographic cervical length and obstetric performance. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:1097-1103. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726247?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726247?tool=bestpractice.bmj.com)
37. Peaceman AM, Andrews WW, Thorp JM, et al. Fetal fibronectin as a predictor of preterm birth in patients with symptoms: a multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177:13-18. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9240576?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9240576?tool=bestpractice.bmj.com)
38. Gyetvai K, Hannah ME, Hodnett ED, et al. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 1999;94:869-877. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10546776?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10546776?tool=bestpractice.bmj.com)

39. Dodd JM, Jones L, Flenady V, et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (7):CD004947. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004947.pub3/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004947.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903965?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903965?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala IEJ, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Nov 2;11(11):CD012847. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012847/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012847/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29095502?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29095502?tool=bestpractice.bmj.com)
41. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, et al. Recurrence of spontaneous versus medically indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Sep;195(3):643-50. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16949395?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16949395?tool=bestpractice.bmj.com)
42. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ.* 2008 Sep 18;337:a1284. [Texto completo \(http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1284.long\)](http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1284.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18801868?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18801868?tool=bestpractice.bmj.com)
43. Castanon A, Brocklehurst P, Evans H, et al; PaCT Study Group. Risk of preterm birth after treatment for cervical intraepithelial neoplasia among women attending colposcopy in England: retrospective-prospective cohort study. *BMJ.* 2012 Aug 16;345:e5174. [Texto completo \(http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5174\)](http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5174) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22899563?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22899563?tool=bestpractice.bmj.com)
44. Castanon A, Landy R, Brocklehurst P, et al. Risk of preterm delivery with increasing depth of excision for cervical intraepithelial neoplasia in England: nested case-control study. *BMJ.* 2014 Nov 5;349:g6223. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6223.long\)](https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6223.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378384?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378384?tool=bestpractice.bmj.com)
45. Morken NH, Gunnes N, Magnus P, et al. Risk of spontaneous preterm delivery in a low-risk population: the impact of maternal febrile episodes, urinary tract infection, pneumonia and ear-nose-throat infections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Dec;159(2):310-4. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21962464?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21962464?tool=bestpractice.bmj.com)
46. Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020 Sep 1;370:m3320. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320.long\)](https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32873575?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32873575?tool=bestpractice.bmj.com)
47. Simbar M, Nazarpour S, Sheidaei A. Evaluation of pregnancy outcomes in mothers with COVID-19 infection: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol.* 2023 Dec;43(1):2162867. [Texto completo \(https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2022.2162867\)](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2022.2162867) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36651606?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36651606?tool=bestpractice.bmj.com)
48. Shennan A, Crawshaw S, Briley A, et al. A randomised controlled trial of metronidazole for the prevention of preterm birth in women positive for cervicovaginal fetal fibronectin: the PREMETS Study. *BJOG.* 2006 Jan;113(1):65-74. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/)

- j.1471-0528.2005.00788.x/full) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16398774?tool=bestpractice.bmj.com>)
49. Shennan A, Jones G, Hawken J, et al. Fetal fibronectin test predicts delivery before 30 weeks of gestation in high risk women, but increases anxiety. *BJOG*. 2005 Mar;112(3):293-8. Texto completo (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2004.00420.x/full>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15713142?tool=bestpractice.bmj.com>)
50. Ruma MS, Betts M, Dodman S, et al. Predictive value of quantitative fetal fibronectin for spontaneous preterm birth in asymptomatic pregnancies: a systematic literature review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2023 Dec;36(2):2279923. Texto completo (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2023.2279923>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37953268?tool=bestpractice.bmj.com>)
51. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking during pregnancy: United States, 2016. Feb 2018 [internet publication]. Texto completo (<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/52304>)
52. NHS England. Statistics on women's smoking status at time of delivery: England, quarter 2, 2023-24. Jan 2024 [internet publication]. Texto completo (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/statistics-on-women-s-smoking-status-at-time-of-delivery-england/statistics-on-womens-smoking-status-at-time-of-delivery-england-quarter-2-2023-24>)
53. Corsi DJ, Walsh L, Weiss D, et al. Association between self-reported prenatal cannabis use and maternal, perinatal, and neonatal outcomes. *JAMA*. 2019 Jul 9;322(2):145-52. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6582262>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31211826?tool=bestpractice.bmj.com>)
54. Hendler I, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The Preterm Prediction Study: association between maternal body mass index and spontaneous and indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Mar;192(3):882-6. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15746686?tool=bestpractice.bmj.com>)
55. Hincz P, Wilczynski J, Kozarzewski M, et al. Two-step test: the combined use of fetal fibronectin and sonographic examination of the uterine cervix for prediction of preterm delivery in symptomatic patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 Jan;81(1):58-63. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11942889?tool=bestpractice.bmj.com>)
56. Wang R, Shi Q, Jia B, et al. Association of preterm singleton birth with fertility treatment in the US. *JAMA Netw Open*. 2022 Feb 1;5(2):e2147782. Texto completo (<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788841>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35133434?tool=bestpractice.bmj.com>)
57. Levine LD, Sammel MD, Hirshberg A, et al. Does stage of labor at time of cesarean delivery affect risk of subsequent preterm birth? *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Mar;212(3):360.e1-7. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346465>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25281363?tool=bestpractice.bmj.com>)
58. Watson HA, Carter J, David AL, et al. Full dilation cesarean section: a risk factor for recurrent second-trimester loss and preterm birth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Sep;96(9):1100-5. Texto

completo (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13160>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28449286?tool=bestpractice.bmj.com>)

59. Cong A, de Vries B, Ludlow J. Does previous caesarean section at full dilatation increase the likelihood of subsequent spontaneous preterm birth? *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2018 Jun;58(3):267-73. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28960252?tool=bestpractice.bmj.com>)
60. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 171: management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2016 Oct;128(4):e155-64. Texto completo ([https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2016/10000/practice\\_bulletin\\_no\\_\\_171\\_\\_management\\_of\\_preterm.61.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2016/10000/practice_bulletin_no__171__management_of_preterm.61.aspx)) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27661654?tool=bestpractice.bmj.com>)
61. Medley N, Vogel JP, Care A, et al. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 14;11(11):CD012505. Texto completo (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012505.pub2/full>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30480756?tool=bestpractice.bmj.com>)
62. Heath VC, Southall TR, Souka AP, et al. Cervical length at 23 weeks of gestation: prediction of spontaneous preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1998 Nov;12(5):312-7. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9819868?tool=bestpractice.bmj.com>)
63. Nygren P, Fu R, Freeman M, et al. Evidence on the benefits and harms of screening and treating pregnant women who are asymptomatic for bacterial vaginosis: an update review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008 Feb 5;148(3):220-33. Texto completo (<http://annals.org/article.aspx?articleid=739261>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18252684?tool=bestpractice.bmj.com>)
64. Shennan AH, Chandiramani M. Antibiotics for spontaneous preterm birth. *BMJ.* 2008 Dec 30;337:a3015. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19116214?tool=bestpractice.bmj.com>)
65. Shlossman PA, Manley JS, Sciscione AC, et al. An analysis of neonatal morbidity and mortality in maternal (in utero) and neonatal transports at 24-34 weeks' gestation. *Am J Perinatol.* 1997 Sep;14(8):449-56. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9376004?tool=bestpractice.bmj.com>)
66. World Health Organization. WHO recommendation on tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes. Sep 2022 [internet publication]. Texto completo (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057227>)
67. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, et al. OPT Study. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med.* 2006 Nov 2;355(18):1885-94. Texto completo (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa062249#t=article>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17079762?tool=bestpractice.bmj.com>)
68. Althuisius SM, Dekker GA, Hummel P, et al. Final results of the Cervical Incompetence Prevention Randomized Cerclage Trial (CIPRACT): therapeutic cerclage with bed rest versus bed rest

- alone. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Nov;185(5):1106-12. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11717642?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11717642?tool=bestpractice.bmj.com)
69. Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 6;6(6):CD008991. [Texto completo \(http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008991.pub3/full\)](http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008991.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28586127?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28586127?tool=bestpractice.bmj.com)
70. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2011 Mar;117(3):663-71. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21446209?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21446209?tool=bestpractice.bmj.com)
71. To MS, Alfirevic Z, Heath VC, et al. Cervical cerclage for prevention of preterm delivery in women with short cervix: randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Jun 5;363(9424):1849-53. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15183621?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15183621?tool=bestpractice.bmj.com)
72. Care A, Nevitt SJ, Medley N, et al. Interventions to prevent spontaneous preterm birth in women with singleton pregnancy who are at high risk: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2022 Feb 15;376:e064547. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-064547.long\)](https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-064547.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35168930?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35168930?tool=bestpractice.bmj.com)
73. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth. Jun 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng25\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng25)
74. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice advisory: updated clinical guidance for the use of progesterone supplementation for the prevention of recurrent preterm birth. Apr 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2023/04/updated-guidance-use-of-progesterone-supplementation-for-prevention-of-recurrent-preterm-birth\)](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2023/04/updated-guidance-use-of-progesterone-supplementation-for-prevention-of-recurrent-preterm-birth)
75. Shennan A, Suff N, Leigh Simpson J, et al. FIGO good practice recommendations on progestogens for prevention of preterm delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Oct;155(1):16-8. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13852\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13852) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34520058?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34520058?tool=bestpractice.bmj.com)
76. Conde-Agudelo A, Romero R, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone is as effective as cervical cerclage to prevent preterm birth in women with a singleton gestation, previous spontaneous preterm birth, and a short cervix: updated indirect comparison meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Jul;219(1):10-25. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6449041\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6449041) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630885?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630885?tool=bestpractice.bmj.com)
77. Berghella V, Keeler SM, To MS, et al. Effectiveness of cerclage according to severity of cervical length shortening: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010 Apr;35(4):468-73. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.7547/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.7547/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20052661?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20052661?tool=bestpractice.bmj.com)
78. Blikman MJ, Le TM, Bruinse HW, et al. Ultrasound-predicated versus history-predicated cerclage in women at risk of cervical insufficiency: a systematic review. *Obstet Gynecol*

Surv. 2008 Dec;63(12):803-12. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19017416?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19017416?tool=bestpractice.bmj.com)

79. Simcox R, Seed PT, Bennett P, et al. A randomized controlled trial of cervical scanning vs history to determine cerclage in women at high risk of preterm birth (CIRCLE trial). *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Jun;200(6):623.e1-6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19380124?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19380124?tool=bestpractice.bmj.com)
80. Burger NB, Brölmann HA, Einarsson JI, et al. Effectiveness of abdominal cerclage placed via laparotomy or laparoscopy: systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011 Nov-Dec;18(6):696-704. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22024258?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22024258?tool=bestpractice.bmj.com)
81. Shennan AH, Story L, Royal College of Obstetricians, Gynaecologists. Cervical cerclage: green-top guideline no. 75. *BJOG.* 2022 Jun;129(7):1178-210. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.17003\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.17003) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35199905?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35199905?tool=bestpractice.bmj.com)
82. Shennan A, Chandiramani M, Bennett P, et al. MAVRIC: a multicenter randomized controlled trial of transabdominal vs transvaginal cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Mar;222(3):261.e1-261.e9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31585096?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31585096?tool=bestpractice.bmj.com)
83. Ehsanipoor RM, Seligman NS, Saccone G, et al. Physical examination-indicated cerclage: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015 Jul;126(1):125-35. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241265?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241265?tool=bestpractice.bmj.com)
84. Olatunbosun OA, al-Nuaim L, Turnell RW. Emergency cerclage compared with bed rest for advanced cervical dilatation in pregnancy. *Int Surg.* 1995 Apr-Jun;80(2):170-4. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8530237?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8530237?tool=bestpractice.bmj.com)
85. D'Antonio F, Eltaweel N, Prasad S, et al. Cervical cerclage for prevention of preterm birth and adverse perinatal outcome in twin pregnancies with short cervical length or cervical dilatation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2023 Aug;20(8):e1004266. [Texto completo \(https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1004266\)](https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1004266) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37535682?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37535682?tool=bestpractice.bmj.com)
86. EPPPIC Group. Evaluating Progestogens for Preventing Preterm birth International Collaborative (EPPPIC): meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. *Lancet.* 2021 Mar 27;397(10280):1183-94. [Texto completo \(https://eprints.whiterose.ac.uk/177300\)](https://eprints.whiterose.ac.uk/177300) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33773630?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33773630?tool=bestpractice.bmj.com)
87. Sotiriadis A, Papatheodorou S, Makrydimas G. Perinatal outcome in women treated with progesterone for the prevention of preterm birth: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012 Sep;40(3):257-66. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.11178/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.11178/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22611023?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22611023?tool=bestpractice.bmj.com)
88. Dodd JM, Grivell RM, OBrien CM, et al. Prenatal administration of progestogens for preventing spontaneous preterm birth in women with a multiple pregnancy. *Cochrane Database Syst*

- Rev. 2019 Nov 20;2019(11):CD012024. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012024.pub3/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012024.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31745984?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31745984?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
89. Sanchez-Ramos L, Delke I, Zamora J, et al. Fetal fibronectin as a short-term predictor of preterm birth in symptomatic patients: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2009 Sep;114(3):631-40. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19701045?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19701045?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
90. Kuhrt K, Smout E, Hezelgrave N, et al. Development and validation of a predictive tool for spontaneous preterm birth incorporating cervical length and quantitative fetal fibronectin in asymptomatic high-risk women. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Jan;47(1):104-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25846437?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25846437?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
91. Kuhrt K, Hezelgrave N, Foster C, et al. Development and validation of a tool incorporating quantitative fetal fibronectin to predict spontaneous preterm birth in symptomatic women. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Feb;47(2):210-6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25964191?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25964191?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
92. Lewis DF, Major CA, Towers CV, et al. Effects of digital vaginal examinations on latency period in preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 1992 Oct;80(4):630-4. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1407885?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1407885?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
93. Boots AB, Sanchez-Ramos L, Bowers DM, et al. The short-term prediction of preterm birth: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Jan;210(1):54.e1-54.e10. [Texto completo \(http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(13\)00945-9/fulltext\)](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(13)00945-9/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24021995?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24021995?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
94. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of women presenting with suspected preterm prelabour rupture of membranes from 24+0 weeks of gestation. Green-top guideline no. 73. Jun 2019 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg73\)](https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg73)
- 
95. Berghella V, Saccone G. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Sep 25;9(9):CD007235. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007235.pub4/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007235.pub4/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31553800?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31553800?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
96. Honest H, Bachmann LM, Gupta JK, et al. Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectin test in predicting risk of spontaneous preterm birth: systematic review. *BMJ.* 2002 Aug 10;325(7359):301. [Texto completo \(http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7359/301\)](http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7359/301) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12169504?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12169504?tool=bestpractice.bmj.com)
- 
97. Williams MJ, Ramson JA, Brownfoot FC. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for babies at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Aug 9;8(8):CD006764. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006764.pub4/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006764.pub4/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35943347?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35943347?tool=bestpractice.bmj.com)
-

98. Berghella V, Saccone G. Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jul 29;7(7):CD006843. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006843.pub3/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006843.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31356681?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31356681?tool=bestpractice.bmj.com)
99. Bruijn MM, Kamphuis EI, Hoesli IM, et al. The predictive value of quantitative fibronectin testing in combination with cervical length measurement in symptomatic women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Dec;215(6):793.e1-793.e8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27542720?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27542720?tool=bestpractice.bmj.com)
100. Bruijn M, Vis JY, Wilms FF, et al. Quantitative fetal fibronectin testing in combination with cervical length measurement in the prediction of spontaneous preterm delivery in symptomatic women. *BJOG.* 2016 Nov;123(12):1965-71. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13752\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13752) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26667313?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26667313?tool=bestpractice.bmj.com)
101. Watson HA, Carter J, Seed PT, et al. The QUIPP App: a safe alternative to a treat-all strategy for threatened preterm labor. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Sep;50(3):342-6. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.17499\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.17499) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28436125?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28436125?tool=bestpractice.bmj.com)
102. Ronzoni S, Boucoiran I, Yudin MH, et al. Guideline no. 430: diagnosis and management of preterm prelabour rupture of membranes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022 Nov;44(11):1193-208.e1. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36410937?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36410937?tool=bestpractice.bmj.com)
103. Pirjani R, Moini A, Almasi-Hashiani A, et al. Placental alpha microglobulin-1 (PartoSure) test for the prediction of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021 Oct;34(20):3445-37. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31736399?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31736399?tool=bestpractice.bmj.com)
104. National Institute for Health and Care Excellence. Biomarker tests to help diagnose preterm labour in women with intact membranes. Jul 2018 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/dg33\)](https://www.nice.org.uk/guidance/dg33)
105. NHS England. Saving babies' lives: version 3. Jul 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.england.nhs.uk/long-read/saving-babies-lives-version-3/#element-5-reducing-preterm-births-and-optimising-perinatal-care\)](https://www.england.nhs.uk/long-read/saving-babies-lives-version-3/#element-5-reducing-preterm-births-and-optimising-perinatal-care)
106. Odubamowo K, Garcia M, Muriithi F, et al. Self-collected versus health-care professional taken swab for identification of vaginal-rectal colonisation with group B streptococcus in late pregnancy: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023 Jul;286:95-101. [Texto completo \(https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(23\)00217-8/fulltext\)](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(23)00217-8/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37229964?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37229964?tool=bestpractice.bmj.com)
107. Abbott DS, Radford SK, Seed PT, et al. Evaluation of a quantitative fetal fibronectin test for spontaneous preterm birth in symptomatic women. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Feb;208(2):122.e1-6. [Texto completo \(http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)02037-6/fulltext\)](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)02037-6/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164760?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164760?tool=bestpractice.bmj.com)

108. Deshpande SN, van Asselt AD, Tomini F, et al. Rapid fetal fibronectin testing to predict preterm birth in women with symptoms of premature labour: a systematic review and cost analysis. *Health Technol Assess.* 2013 Sep;17(40):1-138. [Texto completo \(https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta17400#/full-report\)](https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta17400#/full-report) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060096?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060096?tool=bestpractice.bmj.com)
109. Abbott DS, Hezelgrave NL, Seed PT, et al. Quantitative fetal fibronectin to predict preterm birth in asymptomatic women at high risk. *Obstet Gynecol.* 2015 May;125(5):1168-76. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932845?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932845?tool=bestpractice.bmj.com)
110. Esplin MS, Elovitz MA, Iams JD, et al. Predictive accuracy of serial transvaginal cervical lengths and quantitative vaginal fetal fibronectin levels for spontaneous preterm birth among nulliparous women. *JAMA.* 2017 Mar 14;317(10):1047-1056. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291893?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291893?tool=bestpractice.bmj.com)
111. Yoon BH, Park CW, Chaiworapongsa T. Intrauterine infection and the development of cerebral palsy. *BJOG.* 2003 Apr;110(suppl 20):124-7. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1471-0528.2003.00063.x?sid=nlm%3Apubmed\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1471-0528.2003.00063.x?sid=nlm%3Apubmed) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763129?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763129?tool=bestpractice.bmj.com)
112. Kenyon S, Pike K, Jones DR, et al. Childhood outcomes after prescription of antibiotics to pregnant women with spontaneous preterm labor: 7-year follow-up of the ORACLE II trial. *Lancet.* 2008 Oct 11;372(9646):1319-27. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18804276?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18804276?tool=bestpractice.bmj.com)
113. Abenhaim HA, Morin L, Benjamin A. Does availability of fetal fibronectin testing in the management of threatened preterm labor affect the utilization of hospital resources? *J Obstet Gynaecol Can.* 2005 Jul;27(7):689-94. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100624?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100624?tool=bestpractice.bmj.com)
114. Watts DH, Krohn MA, Hillier SL, et al. Characteristics of women in preterm labor associated with elevated C-reactive protein levels. *Obstet Gynecol.* 1993 Oct;82(4 Pt 1):509-14. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8377973?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8377973?tool=bestpractice.bmj.com)
115. Lewis DF, Adair CD, Weeks JW, et al. A randomized clinical trial of daily nonstress testing versus biophysical profile in the management of preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Dec;181(6):1495-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10601934?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10601934?tool=bestpractice.bmj.com)
116. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Group B streptococcal disease, early-onset. Green-top guideline no. 36. Sep 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg36\)](https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg36)
117. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 797: prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns. *Obstet Gynecol.* 2020 Feb;135(2):e51-72. [Texto completo \(https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/02/prevention-of-group-b-streptococcal-early-onset-disease-in-newborns\)](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/02/prevention-of-group-b-streptococcal-early-onset-disease-in-newborns) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31977795?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31977795?tool=bestpractice.bmj.com)

118. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 2;(12):CD001058. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001058.pub3/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001058.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24297389?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24297389?tool=bestpractice.bmj.com)
119. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. Sep 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.who.int/publications/item/9789240057296\)](https://www.who.int/publications/item/9789240057296)
120. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 217: prelabor rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 2020 Mar;135(3):e80-97. [Texto completo \(https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2020/03000/prelabor\\_rupture\\_of\\_membranes\\_\\_acog\\_practice.47.aspx\)](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2020/03000/prelabor_rupture_of_membranes__acog_practice.47.aspx) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32080050?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32080050?tool=bestpractice.bmj.com)
121. Combs CA, McCune M, Clark R, et al. Aggressive tocolysis does not prolong pregnancy or reduce neonatal morbidity after preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Jun;190(6):1723-8; discussion 1728-31. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15284781?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15284781?tool=bestpractice.bmj.com)
122. Morris JM, Roberts CL, Bowen JR, et al. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2016 Jan 30;387(10017):444-52. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26564381?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26564381?tool=bestpractice.bmj.com)
123. Bond DM, Middleton P, Levett KM, et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 3;3(3):CD004735. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004735.pub4/abstract\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004735.pub4/abstract) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28257562?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28257562?tool=bestpractice.bmj.com)
124. Valencia CM, Mol BW, Jacobsson B, et al. FIGO good practice recommendations on modifiable causes of iatrogenic preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 Oct;155(1):8-12. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13857\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13857) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34520056?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34520056?tool=bestpractice.bmj.com)
125. National Institute for Health and Care Excellence. Inducing labour. Nov 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng207\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng207)
126. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 765: Avoidance of nonmedically indicated early-term deliveries and associated neonatal morbidities. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2):e156-63. [Texto completo \(https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/avoidance-of-nonmedically-indicated-early-term-deliveries-and-associated-neonatal-morbidities\)](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/avoidance-of-nonmedically-indicated-early-term-deliveries-and-associated-neonatal-morbidities) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30681546?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30681546?tool=bestpractice.bmj.com)
127. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Dec 25;12(12):CD004454. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/)

- doi/10.1002/14651858.CD004454.pub4/full) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33368142?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
128. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Committee Opinion-Obstetrics. ACOG committee opinion no. 713: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *Obstet Gynecol.* 2017 Aug;130(2):e102-9. Texto completo (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/antenatal-corticosteroid-therapy-for-fetal-maturation>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28742678?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
129. Elimian A, Garry D, Figueroa R, et al. Antenatal betamethasone compared with dexamethasone (betacode trial): a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007 Jul;110(1):26-30. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17601892?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
130. Stock SJ, Thomson AJ, Papworth S, et al. Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality: green-top guideline no. 74. *BJOG.* 2022 Jul;129(8):e35-60. Texto completo (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.17027>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35172391?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
131. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice advisory: use of antenatal corticosteroids at 22 weeks of gestation. Sep 2021 [internet publication]. Texto completo (<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/09/use-of-antenatal-corticosteroids-at-22-weeks-of-gestation>)
- 
132. Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, et al. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *N Engl J Med.* 2016 Apr 7;374(14):1311-20. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842679?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
133. Saccone G, Berghella V. Antenatal corticosteroids for maturity of term or near term fetuses: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ.* 2016 Oct 12;355:i5044. Texto completo (<http://www.bmj.com/content/355/bmj.i5044.long>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733360?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
134. Murphy KE, Hannah ME, Willan AR, et al. Multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth (MACS): a randomised controlled trial. MACS Collaborative Group. *Lancet.* 2008 Dec 20;372(9656):2143-51. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19101390?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
135. Crowther CA, Haslam RR, Hiller JE, et al; Australasian Collaborative Trial of Repeat Doses of Steroids (ACTORDS) Study Group. Neonatal respiratory distress syndrome after repeat exposure to antenatal corticosteroids: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2006 Jun 10;367(9526):1913-9. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16765760?tool=bestpractice.bmj.com>)
- 
136. Walters A, McKinlay C, Middleton P, et al. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Apr 4;4(4):CD003935. Texto completo (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003935.pub5/full>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35377461?tool=bestpractice.bmj.com>)
-

137. McKinlay CJ, Crowther CA, Middleton P, et al. Repeat antenatal glucocorticoids for women at risk of preterm birth: a Cochrane Systematic Review. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Mar;206(3):187-94. [Texto completo \(http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2811%2900959-8/fulltext\)](http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2811%2900959-8/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982021?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982021?tool=bestpractice.bmj.com)
138. Rohwer AC, Oladapo OT, Hofmeyr GJ. Strategies for optimising antenatal corticosteroid administration for women with anticipated preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 26;5(5):CD013633. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013633/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013633/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32452555?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32452555?tool=bestpractice.bmj.com)
139. Wilson A, Hodgetts-Morton VA, Marson EJ, et al. Tocolytics for delaying preterm birth: a network meta-analysis (0924). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Aug 10;8(8):CD014978. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014978.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014978.pub2/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35947046?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35947046?tool=bestpractice.bmj.com)
140. Khan K, Zamora J, Lamont RF, et al. Safety concerns for the use of calcium channel blockers in pregnancy for the treatment of spontaneous preterm labour and hypertension: a systematic review and meta-regression analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010 Sep;23(9):1030-8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180735?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180735?tool=bestpractice.bmj.com)
141. Neilson JP, West HM, Dowswell T. Betamimetics for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 5;(2):CD004352. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004352.pub3/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004352.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24500892?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24500892?tool=bestpractice.bmj.com)
142. Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DN, et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jun 5;2014;(6):CD002255. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002255.pub2/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002255.pub2/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901312?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901312?tool=bestpractice.bmj.com)
143. Flenady V, Reinebrant HE, Liley HG, et al. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jun 6;(6):CD004452. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004452.pub3/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004452.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24903678?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24903678?tool=bestpractice.bmj.com)
144. van Vliet EO, Nijman TA, Schuit E, et al. Nifedipine versus atosiban for threatened preterm birth (APOSTEL III): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016 May 21;387(10033):2117-24. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26944026?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26944026?tool=bestpractice.bmj.com)
145. Papatsonis D, Flenady V, Liley H. Maintenance therapy with oxytocin antagonists for inhibiting preterm birth after threatened preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 13;(10):CD005938. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005938.pub3/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005938.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24122673?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24122673?tool=bestpractice.bmj.com)
146. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, et al. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD004661. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160238?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160238?tool=bestpractice.bmj.com)

147. Shennan A, Suff N, Jacobsson B, et al. FIGO good practice recommendations on magnesium sulfate administration for preterm fetal neuroprotection. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 September 14;155(1):31-3. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13856\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13856)
148. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Committee Opinion. ACOG committee opinion no. 455: magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. *Obstet Gynecol.* 2010 Mar;115(3):669-71. [Texto completo \(https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2010/03/magnesium-sulfate-before-anticipated-preterm-birth-for-neuroprotection\)](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2010/03/magnesium-sulfate-before-anticipated-preterm-birth-for-neuroprotection) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20177305?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20177305?tool=bestpractice.bmj.com)
149. Crowther CA, Brown J, McKinlay CJ, et al. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Aug 15;(8):CD001060. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001060.pub2/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001060.pub2/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25126773?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25126773?tool=bestpractice.bmj.com)
150. Hoffman MK, Clifton RG, Biggio JR, et al. Cervical pessary for prevention of preterm birth in individuals with a short cervix: the TOPS randomized clinical trial. *JAMA.* 2023 Jul 25;330(4):340-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10369212\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10369212) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37490086?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37490086?tool=bestpractice.bmj.com)
151. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Dec 1;12(12):CD014508. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014508/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014508/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36453699?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36453699?tool=bestpractice.bmj.com)
152. Norman JE, Norrie J, MacLennan G, et al. Evaluation of the Arabin cervical pessary for prevention of preterm birth in women with a twin pregnancy and short cervix (STOPPIT-2): an open-label randomised trial and updated meta-analysis. *PLoS Med.* 2021 Mar;18(3):e1003506. [Texto completo \(https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003506\)](https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003506) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33780463?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33780463?tool=bestpractice.bmj.com)
153. D'Antonio F, Berghella V, Di Mascio D, et al. Role of progesterone, cerclage and pessary in preventing preterm birth in twin pregnancies: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Jun;261:166-77. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33946019?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33946019?tool=bestpractice.bmj.com)
154. Simons NE, Leeuw M, Van't Hooft J, et al. The long-term effect of prenatal progesterone treatment on child development, behaviour and health: a systematic review. *BJOG.* 2021 May;128(6):964-74. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16582\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16582) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33112462?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33112462?tool=bestpractice.bmj.com)
155. Northern AT, Norman GS, Anderson K, et al. Follow up of children exposed in utero to 17-alpha hydroxyprogesterone caproate compared with placebo. *Obstet Gynecol.* 2007 Oct;110(4):865-72. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17906021?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17906021?tool=bestpractice.bmj.com)
156. Crump C, Sundquist J, Sundquist K. Preterm delivery and long term mortality in women: national cohort and co-sibling study. *BMJ.* 2020 Aug 19;370:m2533. [Texto completo \(https://www.bmj.com/\)](https://www.bmj.com/)

content/370/bmj.m2533.long) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32816755?tool=bestpractice.bmj.com>)

157. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, et al. Adverse pregnancy outcomes and cardiovascular disease risk: unique opportunities for cardiovascular disease prevention in women: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2021 May 4;143(18):e902-16. [Texto completo \(https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000961\)](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000961) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33779213?tool=bestpractice.bmj.com>)
158. McNestry C, Killeen SL, Crowley RK, et al. Pregnancy complications and later life women's health. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 May;102(5):523-31. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14523\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14523) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36799269?tool=bestpractice.bmj.com>)
159. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, et al. EPICure Study Group. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *N Engl J Med*. 2005 Jan 6;352(1):9-19. [Texto completo \(http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa041367#t=article\)](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa041367#t=article) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15635108?tool=bestpractice.bmj.com>)

# Descargo de responsabilidad

BMJ Best Practice está dirigido a profesionales médicos licenciados. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) no promueve, ni respalda el uso de ningún fármaco o terapia contenida en esta publicación, ni tampoco diagnostica a los pacientes. Como profesional del ejercicio de la medicina, usted tiene la plena responsabilidad respecto a la atención y el tratamiento de sus pacientes y debe utilizar su propio criterio clínico y experiencia al utilizar este producto.

Este contenido no pretende abarcar todos los posibles métodos de diagnóstico, tratamientos, seguimiento, fármacos ni cualquier contraindicación o efecto secundario. Además, dado que esas normas y prácticas médicas cambian a medida que se dispone de nuevos datos, se deben consultar diversas fuentes. Recomendamos encarecidamente que verifique de forma independiente el diagnóstico, los tratamientos y el seguimiento especificados y que se asegure de que es adecuado para su paciente dentro de su región. Además, con respecto a los medicamentos de venta con receta, se aconseja consultar el prospecto del producto que acompaña a cada fármaco para verificar las recomendaciones de uso e identificar cualquier cambio en la pauta de dosificación o las contraindicaciones, en particular si el fármaco que se va a administrar es nuevo, se utiliza con poca frecuencia o presenta un rango terapéutico limitado. Debe asegurarse siempre de que los fármacos que receta están autorizados para su uso especificado y en las dosis especificadas en su país.

La información incluida en BMJ Best Practice se proporciona "tal cual" sin ninguna declaración, condición o garantía de que sea exacta y esté actualizada. BMJ y sus licenciadores y licenciarios no asumen ninguna responsabilidad por ningún aspecto del tratamiento administrado a ningún paciente con la ayuda de esta información. En la máxima medida en que la ley lo permita, BMJ y sus licenciadores y licenciarios no incurrirán en responsabilidad alguna, incluida, entre otras, la responsabilidad por daños y perjuicios, que se derive del contenido. Quedan excluidas todas las condiciones, garantías y otros términos que, de otro modo, podrían estar implícitos en la ley, incluidas, entre otras, las garantías de calidad satisfactoria, la idoneidad para un fin determinado, el uso de un cuidado y una capacidad razonables y la no infracción de los derechos de propiedad.

En los casos en que las prácticas óptimas de BMJ se hayan traducido a un idioma distinto del inglés, BMJ no garantiza la exactitud y fiabilidad de las traducciones, ni el contenido proporcionado por terceros (incluidos, entre otros, los reglamentos locales, las guías de práctica clínica, la terminología, los nombres de los fármacos y las dosis de los mismos). El BMJ no se hace responsable de los errores y omisiones derivados de la traducción y adaptación o de cualquier otro tipo. Cuando el BMJ Best Practice enumera los nombres de los fármacos, lo hace únicamente por las Denominaciones Comunes Internacionales recomendadas (DCI). Es posible que ciertas fórmulas de fármacos se refieran a los mismos fármacos con nombres diferentes.

Tenga en cuenta que las formulaciones y dosis recomendadas pueden diferir entre las bases de datos de fármacos, los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Se debe consultar siempre un vademécum local para obtener información completa sobre la prescripción.

Las recomendaciones de tratamiento en las BMJ Best Practice son específicas para cada grupo de pacientes. Se recomienda tener cuidado al seleccionar el vademecum de fármacos integrados, ya que algunas recomendaciones de tratamiento son solo para adultos y los enlaces externos a un vademecum de pediatría no necesariamente recomienda su uso en niños (y viceversa). Compruebe siempre que ha seleccionado el vademecum correcto para su paciente.

En los casos en que su versión de BMJ Best Practice no coincida con la de vademecum local, deberá consultar una base de datos farmacéutica local para obtener información completa sobre los fármacos, incluidas las contraindicaciones, las interacciones farmacológicas y las dosis alternativas antes de recetar.

## Interpretación de los números

Independientemente del idioma en el que se muestre el contenido, los números se muestran de acuerdo con el estándar de separador numérico original en inglés. Por ejemplo, los números de 4 dígitos no incluirán ni una coma, ni un punto decimal; los números de 5 o más dígitos incluirán comas; y los números que son

inferiores a 1 se representarán con puntos decimales. Véase la figura 1 a continuación para un cuadro explicativo.

BMJ no acepta ninguna responsabilidad por la mala interpretación de los números que cumplen con esta norma de separación numérica.

Este enfoque está en consonancia con la orientación del [International Bureau of Weights and Measures Service](#).

### Figura 1 – Estilo de numeración de BMJ Best Practice

Números de 5 dígitos: 10,000

Números de 4 dígitos: 1000

numerales < 1: 0.25

Puede encontrar aquí nuestra página web completa y los términos y condiciones de la solicitud: [Términos y condiciones del sitio web](#).

### Contacte con nosotros

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
Londres  
WC1H 9JR  
Reino Unido

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Andrew H. Shennan, MD, FRCOG**

Professor of Obstetrics

King's College London, London, UK

DIVULGACIONES: AHS has given talks for Hologic, the manufacturer of fetal fibronectin, and has received funds to his institute for research. AHS is an author of several references cited in this topic.

---

**Joanna C. Girling, MA, MRCP, FRCOG**

Consultant in Obstetrics and Gynaecology

West Middlesex University Hospital, London, UK

DIVULGACIONES: JCG declares that she has no competing interests.

### // Revisores por pares:

---

**Jo Trinder, MD**

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

St Michael's Maternity Wing, Bristol Royal Infirmary, Bristol, UK

DIVULGACIONES: JT has accepted honoraria for speaking to groups of midwives and doctors about miscarriage management.

---

**Kirsty Dundas, MBChB, DCH, FRCOG**

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Royal Infirmary of Edinburgh, Honorary Senior Lecturer, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

DIVULGACIONES: KD declares that she has no competing interests.

---

**Deidre Lyell, MD**

Assistant Professor of Maternal-Fetal Medicine

Stanford University, Stanford, CA

DIVULGACIONES: DL declares that she has no competing interests.