

MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

El objetivo de este protocolo es describir el manejo de la gestante con riesgo de parto pretérmino espontáneo en gestaciones únicas. El manejo de la gestación múltiple se trata en un protocolo específico

1 OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE PREMATURIDAD

Los objetivos principales de la Unidad de Prematuridad se resumen en los siguientes:

- **Manejo de las gestantes de riesgo de parto pretérmino espontáneo** integrando la ecografía para la valoración del cérvix, el estudio microbiológico, herramientas bioquímicas como la proteína fosforilada “insulin growth factor binding protein” (pIGFBP)-1 y la evaluación del bienestar fetal.
- Ofrecer **alternativas terapéuticas** en el caso de presentarse una situación de riesgo.

2 GESTANTES SUSCEPTIBLES DE SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE PREMATURIDAD

Las pacientes con indicación de seguimiento en la Unidad de Prematuridad serán las que presenten:

1. **Antecedente previo de parto pretérmino espontáneo o antecedente de rotura prematura de membranas <34 semanas.** Se excluye la prematuridad por causa médica (trastornos hipertensivos, retraso de crecimiento intrauterino, diabetes mal controlada, gestaciones gemelares, patología fetal, etc.).
2. Historia obstétrica sugestiva de **incompetencia cervical en el segundo trimestre y/o aborto espontáneo ≥16 semanas** de gestación.
3. Episodio de **amenaza de parto pretérmino (APP) o de rotura prematura de membranas (RPM)** en la gestación actual.
4. En gestantes asintomáticas sin antecedentes de parto pretérmino, hallazgo ecográfico de **cérvix corto para edad gestacional** (longitud cervical < 25 mm antes de las 26 semanas de gestación).
5. Factores uterinos:
 - 5.1. **Cirugía cervical y uterina previa:** Conización, traquelectomía, cirugía septo uterino.
 - 5.2. **Malformaciones uterinas:** Útero bicorporal (bidelfo o bicorne), septo uterino, cérvix hipoplásico secundario a tratamiento médico con dietilestilbestrol.
6. **Cuarentena de pacientes con parto pretérmino** único espontáneo < 34.0 semanas.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

3 SEGUIMIENTO DE LA GESTANTE DE RIESGO EN LA UNIDAD DE PREMATURIDAD

En pacientes con antecedentes de parto pretérmino espontáneo o con otros factores de riesgo de parto pretérmino se iniciará el seguimiento obstétrico en nuestra Unidad de Prematuridad alrededor de las 13-14 semanas, después de constatar normalidad en la ecografía de primer trimestre y en el cribado de aneuploidías o a partir del momento en el que se detecta el riesgo en el resto de pacientes.

- Se cursarán **cultivo vaginal (HSJD)/tinción de Gram vaginal y urinocultivo** en la primera visita o antes de la semana 20-22 de gestación. Ante urinocultivo positivo, el manejo será el mismo que ante bacteriuria asintomática (ver protocolo específico).

Si el cultivo vaginal/ tinción de Gram vaginal confirma el diagnóstico de vaginosis bacteriana (según criterios de Nugent) el tratamiento de elección será clindamicina 300 mg/12 horas vía oral durante 5 días o, en casos resistentes, el antibiótico sensible según antibiograma. Más allá de las 22 semanas de gestación no se realizará tinción de Gram si no hay clínica de vaginosis. Una vez tratada la vaginosis, no se volverá a cribar salvo que la paciente presente clínica que lo sugiera.

- Se **monitorizará la longitud cervical** con frecuencia acorde al riesgo de prematuridad (cada 1-3 semanas).
- En algunos casos seleccionados en los que existan dudas clínicas tras la exploración física y tras la valoración ecográfica de la paciente (ejemplo cérvix infectivo...), se podrá valorar el riesgo de parto pretérmino con **herramientas bioquímicas como el Actim Partus** que mide la concentración de pIGFBP-1 en el moco cervical de mujeres con membranas íntegras. Estas pruebas ayudan principalmente a descartar el riesgo real de parto en los siguientes 7 días, dado el alto valor predictivo negativo que presentan.
- A partir de la semana 26 (según el contexto clínico y social de la paciente), se individualizará la frecuencia de las visitas así como el posible seguimiento en su centro de referencia (si la situación se estabiliza y el riesgo de prematuridad es bajo).
- El cribado de estreptococo grupo B (SGB) vagino-rectal se realizará de forma más precoz que en resto de gestantes, alrededor de las 34-35 semanas. Sólo se tratará la infección por SGB en el contexto de bacteriuria asintomática.

En función de los antecedentes individualizaremos el manejo gestacional. Así diferenciaremos las siguientes situaciones clínicas:

3.1 Historia obstétrica muy desfavorable

- a. Gestantes con historia de dos o más pérdidas fetales en el segundo o inicios del tercer trimestre sugestivas de incompetencia cervical.
- b. Historia de una pérdida fetal en el segundo o inicio del tercer trimestre después de una conización cervical.
- c. Gestante a la que se realizó un cerclaje indicado por ecografía (terapéutico o secundario) en la gestación anterior y que, a pesar de ello, presentó un parto pretérmino.

En estos casos se indicará un **cerclaje cervical indicado por historia obstétrica** entre las 13-16 semanas de gestación (tras confirmar normalidad en el cribado ecográfico y de aneuploidías del

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

primer trimestre). En casos muy seleccionados se puede proponer la realización de un cerclaje abdominal (ej. Pérdidas gestacionales recurrentes a pesar de cerclaje cervical).

- 3.2 Mujeres con riesgo potencial de parto pretérmino por historia obstétrica o factores clínicos
- Una o dos pérdidas fetales de 2º o 3º trimestre NO documentadas.
 - Un antecedente sugestivo de incompetencia cervical.
 - Antecedentes de pretérmino anterior o rotura prematura de membranas antes de las 34 semanas.
 - Diagnóstico incierto de incompetencia cervical (HSG o tallos de Hegar).
 - Otro riesgo de prematuridad (ej. factor uterino, cervical).

En estas mujeres se planteará un control ecográfico cada 2-3 semanas desde la semana 13-16 hasta la semana 26. En caso de objetivarse longitud cervical <25 mm se iniciará tratamiento con:

- **Progesterona vaginal 200 mg/24h** revaloraremos la longitud cervical a la semana. La progesterona es el tratamiento de primera línea, revalorando la longitud cervical a la semana.
- El **pesario cervical** puede ser una alternativa a la progesterona vaginal (P.ej. si en la gestación anterior se objetivó un acortamiento cervical a pesar del tratamiento con progesterona así como en aquellas gestantes con pesarios cervicales indicados en su centro de referencia).
- En los casos que se objetive un **acortamiento cervical progresivo** a pesar de tratamiento con progesterona (o pesario cervical) se indicará un **cerclaje indicado por ecografía (terapéutico)**.

3.3 Pacientes asintomáticas sin antecedente de prematuridad con hallazgo de cérvix corto

Según datos propios, el hallazgo de cérvix corto (longitud cervical < 25mm) es inferior al 1%, es por ello que en nuestro centro no se realiza el cribado sistemático de la longitud cervical en el 2º trimestre. No obstante, si cribaremos la **longitud cervical** coincidiendo con la ecografía morfológica del **segundo trimestre (20-22 semanas)** en las siguientes situaciones:

- si parto de inicio espontáneo antes de las 37.0 semanas de gestación (no se cribará si el parto fue inducido, excepto en los casos rotura prematura de membranas pretérmino);
- si antecedente de cirugía cervical (LLETZ, conización cervical, traquelectomía) o uterina (cirugía de septo uterino);
- si malformaciones uterinas.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

Actitud ante el hallazgo de cérvix corto:

- Ante el hallazgo de longitud cervical entre 20-25 mm, se remitirá a la gestante a la Unidad de Prematuridad para revaloración en 1-2 semanas. Puede recomendarse la baja laboral con reposo relativo hasta la valoración por la Unidad.
- Si longitud cervical <20 mm, se iniciará a partir de ese momento tratamiento con progesterona 200 mg/24 h vía vaginal y se remitirá a la gestante a la Unidad de Prematuridad en 1 semana aproximadamente.

Una vez en la Unidad de Prematuridad, la conducta diferirá según la situación clínica:

- Si longitud cervical ≥ 25 mm: Alta de la Unidad de Prematuridad y seguimiento por su centro de referencia o en consultas externas de obstetricia general.
- Si longitud cervical ≥ 20 mm y <25 mm: Seguimiento en la Unidad sin necesidad de tratamiento con progesterona. Si estable tras dos visitas consecutivas, considerar alta de la Unidad.
- Si longitud cervical <20mm:
 - Se mantendrá el tratamiento **progesterona** vaginal 200 mg/24h hasta la semana 34-37 de gestación.
 - Considerar que, en estas mujeres asintomáticas sin antecedentes de parto pretérmino espontáneo, el pesario cervical puede ser una alternativa a la progesterona en caso de hallazgo de cérvix corto (<20 mm), aunque el grado de recomendación es débil.
 - En las gestaciones < 24 semanas en las que persiste el acortamiento cervical a pesar del tratamiento con progesterona (o pesario cervical), se indicará **cerclaje indicado por ecografía (terapéutico)**. Entre las 24-26 semanas se individualizará el manejo. En los casos en los que se plantee la realización de un cerclaje, previo a éste, se realizará un cultivo endocervical. El manejo de estas pacientes con cerclaje incluye la realización de cultivos endocervicales aproximadamente cada 4 semanas hasta la retirada del mismo.

3.4 Amenaza de parto pretérmino en la gestación actual

Se revalorará el riesgo en 1-2 semanas después del alta en la Unidad de Prematuridad:

- Si la longitud cervical es normal para la edad gestacional, (≥ 25 mm en gestaciones <28 semanas; ≥ 20 mm entre 28 y 31.6 semanas o ≥ 15 mm si ≥ 32 semanas)(1) y la gestante está clínicamente estable, el riesgo de prematuridad es bajo por lo que se remitirá a la paciente a su centro de referencia o a consultas externas de obstetricia general.
- En el resto de casos, se individualizará el seguimiento obstétrico y se harán controles cada 1-2 semanas valorando la longitud cervical.

No se ha demostrado que los **tocolíticos profilácticos** reduzcan el riesgo de parto pretérmino ni la morbilidad perinatal; es por ello que no se administrarán de forma sistemática (sólo de manera excepcional si la dinámica uterina impide la vida normal).

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

3.5 Rotura prematura de membranas

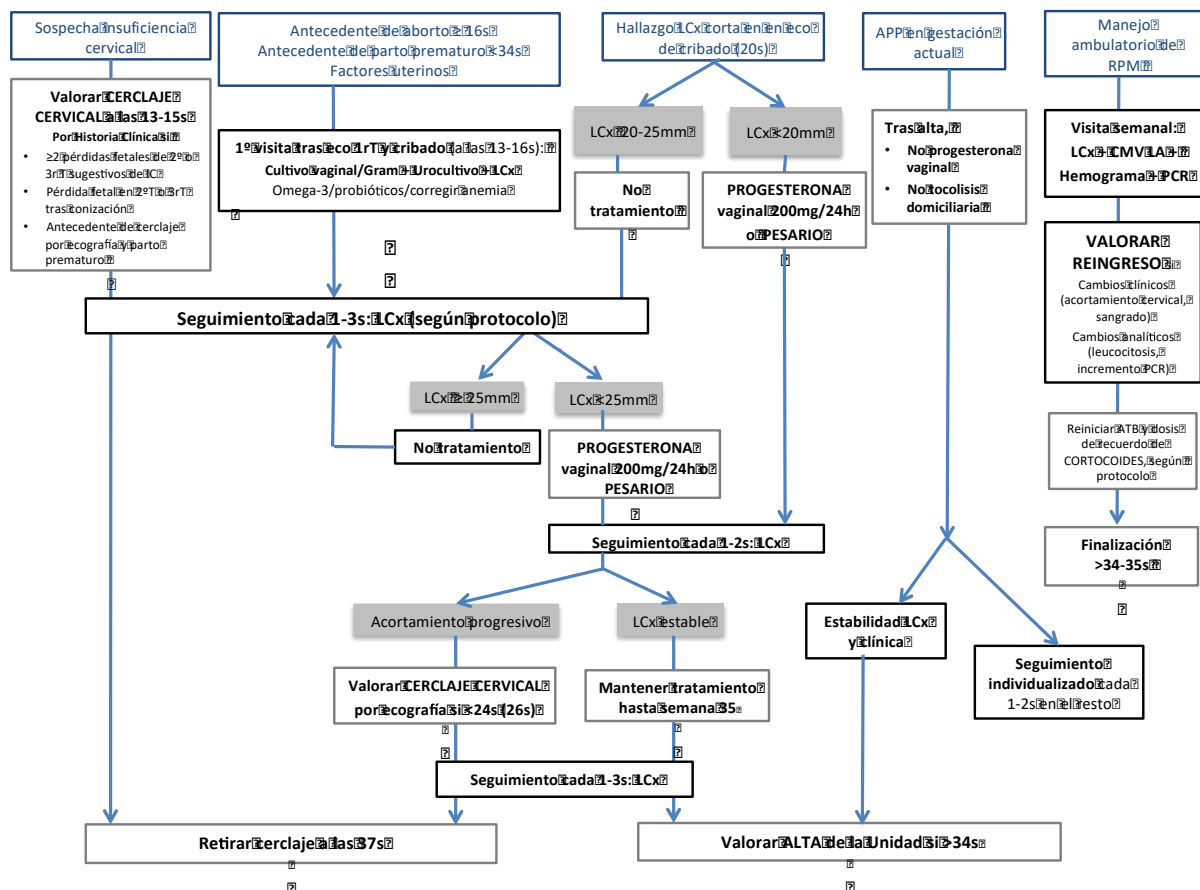
El manejo clínico de aquellas gestantes con RPM susceptibles de manejo ambulatorio incluirá una valoración clínica, analítica (hemograma + proteína C reactiva (PCR)) y ecográfica (columna máxima de líquido amniótico y longitud cervical) cada 1-2 semanas.

No se planteará maduración pulmonar con corticoides (tanda completa ni dosis de recuerdo) de rutina, pero cabe considerarlos si aparecen cambios clínicos o existe indicación de reingreso hospitalario. Al igual que en la APP, no se realizará tratamiento tocolítico profiláctico.

Se replanteará **reingreso** hospitalario en función de cambios clínicos (p.ej. acortamiento cervical, sangrado) o analíticos (aumento PCR) que sugieran evolución del cuadro.

Únicamente se reinstaurará el **tratamiento antibiótico** si existe la sospecha clínica (p.ej. fiebre, inicio de trabajo de parto), analítica o microbiológica de infección (ver protocolo específico).

Manejo de Paciente de riesgo de parto pretérmino



PP: Parto pretérmino; LCx: Longitud cervical; APP: amenaza parto pretérmino; RPM: ruptura prematura de membranas; LA Líquido amniótico; PCR: Proteína C reactiva; T: trimestre.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

4 MANEJO DE LA VISITA DE CUARENTENA

El objetivo de la visita de cuarentena es cerrar el episodio que motivó el parto pretérmino: Informar de los resultados pendientes al alta, de los cultivos placentarios y del estudio anatomopatológico de la placenta. También es objetivo de la visita ofrecer una serie de recomendaciones preconcepcionales para mejorar el pronóstico de una nueva gestación.

Se indicará una ecografía ginecológica si sospecha de malformación uterina (prematuridad extrema en que no se objetiva factor infeccioso) y en aquellas pacientes derivadas por presencia de una malformación uterina (útero septo) o sin diagnóstico bien establecido. En estos casos se planteará complementar el estudio ecográfico mediante ecografía 3D y/o histeroscopia.

5 RECOMENDACIONES EN PACIENTES CON RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO

Recomendaciones DURANTE LA GESTACIÓN

- **Reposo y relaciones sexuales:** No hay diferencias en el reposo domiciliario versus hospitalario y el riesgo de parto pretérmino (2)(3). No se ha estudiado el efecto del reposo o de las relaciones sexuales en gestantes con cérvix corto. Parece prudente recomendar la baja laboral y la abstinencia de relaciones sexuales a gestantes con cérvix <25 mm antes de 26 semanas.
- **Antibióticos:** No se ha demostrado que la administración de antibióticos profilácticos en el segundo o tercer trimestre en pacientes con antecedentes de pretérmino anterior reduzcan el riesgo de pretérmino recurrente, malos resultados perinatales ni morbilidad (2). Tampoco en pacientes con amenaza de parto pretérmino con bolsa íntegra con factor infeccioso desconocido.
- **Tocolisis o progesterona:** No está indicado el tratamiento ambulatorio con tocolíticos ni con progesterona vaginal tras estabilización del episodio de APP ni RPM.

Recomendaciones PRECONCEPCIONALES

El antecedente de parto pretérmino es el principal factor de recurrencia. El riesgo de recurrencia viene determinado por las semanas de gestación al parto y por el número de antecedentes. Es por ello que las mujeres con antecedentes de parto pretérmino se benefician del seguimiento en la próxima gestación en la Unidad de Prematuridad ya que, en caso de recurrencia, planificar la estrategia, resulta de utilidad para demorar u optimizar las condiciones del parto. Como medidas preconcepcionales, recomendaremos:

- **Período intergenésico:** Tras el parto pretérmino se recomendará un período intergenésico (desde el parto y hasta nueva gestación) de 12 meses (mínimo 6-9 meses), siendo de 18 meses en caso de cesárea.
- **Hierro:** El suplemento con ferrotterapia mejora los resultados perinatales cuando la madre presenta una anemia ferropénica, pero la suplementación profiláctica no influye en el riesgo de parto pretérmino incrementando, sin embargo, el riesgo de diabetes gestacional y de estrés oxidativo por lo que no se recomendará de forma profiláctica sino únicamente en los casos en los que se detecte una anemia ferropénica.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

- **Suplementos vitamínicos:** Los suplementos de vitamina C, E o calcio no tienen efecto sobre la disminución de la prematuridad (2). Los suplementos de zinc no han demostrado su eficacia en la reducción del parto pretérmino en áreas en las que la población no sufre desnutrición. Respecto a la vitamina D, parece que su suplementación sin calcio puede disminuir el riesgo de parto pretérmino aunque no se conoce el significado clínico del incremento de la 25-OH vitamina D. Por ello, no se recomienda la suplementación si la exposición solar es regular.
- **Ácidos grasos omega-3:** La suplementación elevada con DHA (600-900mg/día) no ha demostrado disminuir el riesgo de parto pretérmino y, por tanto, no se recomendará de forma sistemática, únicamente se recomendará en gestantes con déficit nutricional (4). La recomendación general para la gestante es suplementar con 200mg/día de DHA. Existen preparados comerciales que contienen exclusivamente aceites de omega 3 así como otras fórmulas multivitamínicas (ejemplo Ginenatal Forte, Femivit, Natalben, Semibiión, etc.) que contienen las dosis recomendadas para población general. Los ácidos grasos omega-3 inhiben la producción de ácidos araquidónicos y por tanto disminuyen las concentraciones de citoquinas, actuando sobre el factor inflamatorio de la prematuridad. Hay que insistir en ingesta de frutas, pescado azul y verduras.
- **Probióticos:** A la falta de mayor evidencia científica, se recomendará el consumo de lácteos ricos en probióticos. Sin embargo, el uso de probióticos orales no se recomendará de forma general en todas las mujeres sino que su uso se individualizará a aquellas mujeres con mayor riesgo de disbiosis vaginal. Son numerosos los estudios que demuestran que el tratamiento combinado de antibióticos y probióticos es eficaz para tratar la vaginosis bacteriana y reducir recurrencias ya que actúan reduciendo el pH vaginal, inhibiendo la adhesión de patógenos y modulando la inmunidad. Existen también estudios epidemiológicos observacionales que han observado una reducción del parto pretérmino espontáneo en consumidoras habituales de productos lácteos ricos en probióticos. Ejemplos de preparados con Lactobacillus propios de la flora vaginal serían Donnaplus íntimo o Lactoflora íntimo (idealmente evitar si gestación dado que contiene vitamina A).

Responsables del protocolo:	S. Ferrero, C. Murillo, M. Palacio, T. Cobo
Fecha del protocolo y actualizaciones:	03/06/08, 17/01/10, 01/07/2014, 30/9/2019, 10/03/2023
Última actualización:	10/3/2023
Próxima actualización:	10/3/2026
Código Hospital Clínic:	MMF-22-2007
Código Sant Joan de Déu:	A-OBS-PC-0040-04

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

6 Anexos

6.1 DEFINICIÓN DE PARTO PRETÉRMINO Y ETIOLOGÍA

El parto pretérmino se define como el parto que tiene lugar antes de la semana 37 de gestación y se considera la principal causa de morbilidad neonatal.

En centros de referencia como los nuestros, la prematuridad en función de la edad gestacional en la que se produce, se distribuye en nuestro centro como sigue (5):

1. **Prematuridad extrema** (la que se produce antes de las 28.0 semanas de gestación): Representa el 14% de los partos pretérminos.
2. **Prematuridad severa** (entre 28.1 y 31.6 semanas): Representa el 15% de los partos pretérminos.
3. **Prematuridad moderada** (entre 32.0 y 33.6 semanas): Representa el 20% de los partos pretérminos.
4. **Prematuridad leve** (entre las 34.0-36.6 semanas): Representa el 60% de los partos pretérminos.

La introducción de mejoras prenatales como el uso de corticoides, la neuroprofilaxis y antibióticos en las roturas prematuras de membranas y mejoras postnatales como la introducción de surfactante, de terapias ventilatorias más efectivas y de nutrición neonatal, han mejorado la supervivencia y han disminuido la morbilidad de los neonatos. Sin embargo, la prevalencia del parto pretérmino se ha mantenido invariable, o incluso ha ido en aumento en los últimos años, representando aproximadamente un 7-9 % de los partos según registros nacionales aunque en centros como los nuestros alcanza el 12% de los partos.

La creación de la Unidad de Prematuridad permite una atención antenatal más especializada con una valoración individualizada del riesgo con la posibilidad de aplicar medidas preventivas generales y específicas para prevenir el parto pretérmino en este grupo de mujeres.

Diferenciaremos tres tipos de parto pretérmino:

1. **Parto pretérmino espontáneo**: Representa el 31-40% de los partos pretérminos.
2. **Rotura prematura de membranas pretérmino**: Aparece en un 3-5% de las gestaciones. Representa un 30-40% de los partos pretérminos.
3. **Finalización electiva** por patología materna y/o fetal (hipertensión gestacional, retraso de crecimiento intrauterino, diabetes gestacional). Representa el 20-25% de los partos pretérminos.

La etiología del parto pretérmino espontáneo con bolsa íntegra o no se considera multifactorial. Como causas conocidas destacamos:

- **Infección intraamniótica subclínica**: En nuestro centro, es responsable del 14% de los casos de parto pretérmino con bolsa íntegra (6) y del 28% de los casos de rotura prematura de membranas (7).
- **Causa vascular**: Isquemia (trombofilia hereditaria o adquirida) o hemorrágica (placenta previa, desprendimiento de placenta, hemorragia 1º o 2º trimestre de causa no filiada).
- **Sobredistensión uterina**: Gestación múltiple (responsable del 15-20% de los partos pretérminos), polihidramnios.
- **Causa uterina**: Cérvix corto, despegamiento corioamniótico, malformación uterina.
- **Estrés psicológico/físico**.

6.2 FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO

- **Prematuro anterior**: Es el factor de riesgo más importante relacionado con la prematuridad. Los abortos antes de las 16 semanas no confieren más riesgo de parto pretérmino recurrente. El riesgo de recurrencia en estas mujeres es del 15 al 50 % dependiendo del número y la edad gestacional de los partos pretérminos anteriores. El riesgo de parto pretérmino es directamente proporcional al número de partos pretérminos anteriores e inversamente proporcional a la edad gestacional del parto previo. Aquellas gestantes con historia obstétrica de un parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas tienen un riesgo de parto pretérmino en una nueva gestación que se multiplica por 2,5 . Si 2 antecedentes, el riesgo se multiplica por 3,7 y si 3 antecedentes, por 5. Si antecedente de parto < 28 semanas, el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino se multiplica por 10.5 (8).
- **Factores uterinos**: Como la **cirugía uterina previa** (conización, traquelectomía, legrados uterinos) o **malformaciones uterinas** (cérvix hipoplásico, útero bicorporal (bidelfo, bicorne), septo uterino).
- **Raza**: Más frecuente en la raza negra (multiplica por 3 el riesgo de parto pretérmino espontáneo).

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

- **Estado nutricional:** Un índice de masa corporal bajo (<19) incrementa el riesgo de parto pretérmino (riesgo relativo (RR) 9.8 <32 semanas).
- **Edades extremas:** En edades extremas, el riesgo de parto pretérmino espontáneo se multiplica por 10 (9).
- **Tabaco y otras drogas:** Se ha demostrado una asociación entre el uso de tabaco u otras drogas (heroína, cocaína) y malos resultados perinatales. El tabaco se relaciona con la respuesta inflamatoria. Dejar de fumar se reduce del riesgo de parto pretérmino (RR 0.84, 95% CI 0.72-0.98) así como en una reducción del porcentaje de bajo peso al nacer (10).
- **Período intergenésico < 12 meses:** Se asocia a malos resultados obstétricos, incluyendo la prematuridad (especialmente si antecedente de parto pretérmino anterior).
- **Estrés laboral:** Existe controversia. Cierta relación con el número de horas trabajadas con un grado de actividad física importante sobre condiciones psicológicas de estrés. Mujeres expuestas a condiciones de estrés tienen niveles aumentados de marcadores inflamatorios como la PCR, hecho que sugiere que la vía inflamatoria sea la causa del riesgo de parto pretérmino en estos casos .
- **Enfermedad periodontal:** Posible transmisión hematogena. Controvertida la relación con el parto pretérmino porque estudios randomizados no han visto una reducción de las tasas de prematuridad en mujeres tratadas de enfermedad periodontal durante el embarazo.

6.3 OPCIONES TERAPÉUTICAS EN LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO

- **Progesterona:** La progesterona reduce el riesgo de parto pretérmino en un 32% aproximadamente, tanto en mujeres con o sin antecedente de parto pretérmino (11). Ante la posibilidad de monitorización de la longitud cervical en la Unidad de Prematuridad, se recomendará su uso en pacientes con un cérvix <25 mm en 2º trimestre. En general, se iniciará el tratamiento con progesterona vaginal 200 mg/24 h. y se mantendrá hasta la semana 34-37.
- **Pesario cervical:** La eficacia del pesario cervical de Arabin, colocado antes de la semana 24 en pacientes asintomáticas con cérvix corto, ha sido evaluado en numerosos estudios. Su eficacia en la prevención del parto pretérmino es todavía controvertida a la espera de nueva evidencia por lo que nuestro grado de recomendación es débil (12).
- **Cerclaje uterino:** El cerclaje uterino tiene su indicación en la prevención y tratamiento de la incompetencia cervical. Sus indicaciones se detallan en el Protocolo específico de Cerclaje Uterino.

6.4 MARCADORES PREDICTORES DE PARTO PRETÉRMINO

- **Valoración cervical ecográfica:** Hay evidencia de que en ausencia de contracciones uterinas, la medición ecográfica de la longitud cervical es un método eficaz para detectar la población de riesgo de parto pretérmino (13). En pacientes asintomáticas, la presencia de un cérvix <25 mm incrementa el riesgo de parto pretérmino < 34 semanas un 35%; a pesar de que la prevalencia de cérvix corto en la población de bajo riesgo es muy baja, del 1-2%.
- **Marcadores bioquímicos:** En nuestro medio, el uso de marcadores bioquímicos (ejemplo pIGFBP-1, o fibronectina) se reservará para los casos de diagnóstico dudosos. En el manejo clínico diario, tanto la ecografía como los diferentes marcadores bioquímicos tienen una eficacia similar. Debido al mayor acceso y menor coste de la ecografía en nuestro ámbito, se utilizará la medida de la longitud cervical (por ecografía transvaginal) como elemento predictor para el seguimiento de las pacientes. En casos muy seleccionados, se recorrerá a la determinación de marcadores bioquímicos principalmente porque presentan un alto valor predictivo negativo: sólo el 1% de las mujeres con un test negativo parirán en los 7 días siguientes (14).
- **Cribado y tratamiento de la bacteriuria asintomática:** El tratamiento con antibióticos en las mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática es efectivo en la reducción del riesgo de pielonefritis y parto pretérmino. No existe evidencia sobre la duración del tratamiento (monodosis o terapia larga).
- **Detección y tratamiento de la vaginosis bacteriana en el 2º trimestre:** En nuestro centro se realizará cribado de vaginosis en las gestantes de riesgo de parto pretérmino antes de la semana 20. En estas gestantes, la vaginosis bacteriana incrementa el riesgo de parto pretérmino más de dos veces, llegando hasta multiplicarse por cuatro si la vaginosis se detecta antes de la semana 20.

Aunque existe cierta controversia de la repercusión del antibiótico en la reducción del parto pretérmino, se recomienda el uso precoz de antibióticos en la vaginosis bacteriana (15). El tratamiento oral con Clindamicina ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento con metronizadol (15). La administración oral durante 5 días de 600mg/día conlleva la erradicación del 90% de los casos. No se realizará cultivo tras tratamiento si la gestante permanece asintomática.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

No se cribará la vaginosis en el 3º trimestre ya que el tratamiento antibiótico durante el 3º trimestre ha demostrado tratar la infección pero no disminuir el riesgo de parto pretérmino. Sólo estará indicado el cribado en estos casos si clínica sugestiva.

- **Detección y tratamiento de Chlamydia trachomatis, Ureaplasma y Streptococco B agalactiae:** No hay suficiente evidencia científica para integrar el cribado y tratamiento de Chlamydia, Ureaplasma o SGB en un intento de reducir el riesgo de prematuridad. Sí tiene sentido el cribado de SGB en el tercer trimestre para reducir el riesgo de sepsis neonatal intraparto.

7 BIBLIOGRAFIA

1. Palacio M, Sanin-Blair J, Anchez ´, Crispi F, G ´omez O, Carreras E, et al. The use of a variable cut-off value of cervical length in women admitted for preterm labor before and after 32 weeks. *Ultrasound Obs Gynecol* [Internet]. 2007 [cited 2019 Jun 18];29:421–6. Available from: www.interscience.wiley.com
2. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: An overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(11).
3. Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 Mar 30 [cited 2019 Apr 19]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003581.pub3>
4. Makrides M, Best K, Yelland L, McPhee A, Zhou S, Quinlivan J, et al. A Randomized Trial of Prenatal n–3 Fatty Acid Supplementation and Preterm Delivery. *N Engl J Med*. 2019;381(11):1035–45.
5. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Preterm Birth 1 Epidemiology and causes of preterm birth [Internet]. Vol. 371, *www.thelancet.com*. 2008 [cited 2019 Mar 26]. Available from: www.thelancet.com
6. Cobo T, Palacio M, Navarro-Sastre A, Ribes A, Bosch J, Filella X, et al. Predictive value of combined amniotic fluid proteomic biomarkers and interleukin-6 in preterm labor with intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 May [cited 2019 Apr 8];200(5):499.e1-6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937808024435>
7. Cobo T, Palacio M, Martínez-Terrón M, Navarro-Sastre A, Bosch J, Filella X, et al. Clinical and inflammatory markers in amniotic fluid as predictors of adverse outcomes in preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 Aug [cited 2019 Apr 8];205(2):126.e1-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937811004388>
8. Beta J, Akolekar R, Ventura W, Syngelaki A, Nicolaides KH. Prediction of spontaneous preterm delivery from maternal factors , obstetric history and placental perfusion and function at 11 – 13 weeks. 2011;(August 2010):75–83.
9. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang C, Gomez-lobo V. Original Study Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016;29(2):130–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.08.006>
10. Wagijo M, Sheikh A, Duijts L, Been J V. Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications. *Paediatr Respir Rev* [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Apr 19];22:3–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26482273>
11. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O’Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 20];218(2):161–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5987201/pdf/nihms921663.pdf>
12. Saccone G, Ciardulli A, Xodo S, Dugoff L, Ludmir J, Pagani G, et al. Cervical Pessary for Preventing Preterm Birth in Singleton Pregnancies With Short Cervical Length: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Ultrasound Med* [Internet]. 2017 Aug [cited 2019 Apr 19];36(8):1535–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28398701>
13. To MS, Skentou C, Liao AW, Cacho A, Nicolaides KH. Cervical length and funneling at 23 weeks of gestation in the prediction of spontaneous early preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2001 Sep [cited 2019 Apr 18];18(3):200–3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1469-0705.2001.00437.x>
14. Lembed A et al. New rapid bed-side test to predict preterm delivery: phosphorylated insuline-like growth factor binding protein-1 in cervical secretions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81:706-712.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

15. Lamont RF, Nhan-Chang C-L, Sobel JD, Workowski K, Conde-Agudelo A, Romero R. Treatment of abnormal vaginal flora in early pregnancy with clindamycin for the prevention of spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 Sep [cited 2019 Apr 18];205(3):177–90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937811003851>