

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título de la Investigación

**“ADAPTACIÓN DE GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. HERIBERTO MONTOYA BUENROSTRO

Mexicali, B.C. Febrero de 2014

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título de la Investigación

**“ADAPTACIÓN DE GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. HERIBERTO MONTOYA BUENROSTRO

Director de Investigación:

DRA. YOLANDA ELIZABETH BENÍTEZ BENÍTEZ

Mexicali, B.C. Febrero de 2014

AUTORIZACIÓN DE TRABAJO TERMINAL




Dr. Alberto Vázquez Guerra.
Director de Hospital Materno Infantil Mexicali

Dr. Hiram Javier Jaramillo Ramírez
Jefe de Enseñanza e Investigación Hospital General de Mexicali




Dr. Jorge Zamora Palacios.
Jefe de Enseñanza e Investigación Hospital Materno Infantil Mexicali

Dra. Marina Montañez Hinojosa.
Coordinadora de Servicio de Ginecología y Obstetricia



Dra. Yolanda Elizabeth Benitez Benitez.
Profesor Titular de Curso de Ginecología y Obstetricia
Asesor de Proyecto



Dr. Heriberto Montoya Buenrostro.
Sustentante de Examen para Obtener Diploma en Especialidad de Ginecología
y Obstetricia.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas que me han brindado su ayuda, sus conocimientos y su apoyo. Quiero agradecer a todos ellos. Cuanto han hecho por mí, para que este trabajo saliera delante de la mejor manera posible.

Quedo agradecido con mis dos doctores expertos. Primero la Dra Yolanda Elizabeth Benítez Benítez, como integrante normativo del trabajo que me ha ayudado y apoyado en todo momento. Ha corregido minuciosamente este trabajo y me dado la posibilidad de mejorarlo. Tengo que agradecerle sus comentarios, direcciones, sugerencias y las correcciones con las que he podido elaborar una adecuada memoria de todo el trabajo realizado, le agradezco también las lecturas y comentarios tanto científicos como literarios.

El Dr. Miguel Ángel Martínez Andrade, experto en metodología, que con gran calidad científica y humana, me abrió la puerta de este mundo apasionante de las guías de práctica clínica así como la investigación científica. Le agradezco sinceramente su confianza y todo el apoyo, consejos y ayuda. Gracias a mis dos doctores expertos he recibido una formación que me ha permitido acometer este trabajo.

Mi mas sincero agradecimiento a la Dra. Carmen Soria Rodriguez, de la Universidad Autonoma de Baja California, por todos sus comentarios científicos, por contestar a muchas de mis dudas y cuestiones y por ofrecermme su apoyo en todo momento. Las conversaciones que he mantenido con ella han sido de gran ayuda en todo mi trabajo.

Asi mismo quiero agradecer, a todos los médicos expertos participantes y a los no participantes en la elaboración de esta adaptación de guía, ya que sin su colaboración este trabajo no se habría podido llevar a cabo. De esta misma forma agradezco sus comentarios científicos y observaciones sobre el trabajo, con ello enriqueciendo el trabajo y aportando lo mejor de cada uno.

También quiero expresar mi agradecimiento a mi familia. Sin ellos no habría podido llegar a este punto. He necesitado su cariño, comprensión y su apoyo incondicional en unas dosis extraordinariamente elevadas. Mis padres, han sido, por así decirlo, los cimientos sobre los que se apoya el inicio de un

camino que espero que sea largo e interesante. Tampoco puedo olvidarme del resto de mi familia, que me ha apoyado y comprendido en todo momento.

He dejado de nombrar a muchas personas que me han ayudado de una forma u otra en este trabajo, en gran parte para no extenderme. Ellos ya saben quienes son y tienen mi más sincera gratitud por todo.

ÍNDICE

Contenido

AUTORIZACIÓN DE TRABAJO TERMINAL	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE	vii
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	11
ANTECEDENTES	13
PROBLEMA CLÍNICO	22
JUSTIFICACIÓN	23
OBJETIVO GENERAL	25
OBEJTIVOS ESPECIFICOS	25
ALCANCE DE LA GUÍA.	26
Nivel de atención implicado	26
Profesionales Implicados	26
Pacientes implicados	26
INTEGRACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO.	27
Responsable del equipo	27
Integrantes Normativos	27
Integrantes operativos	27
Integrantes revisores	27
Integrantes expertos	27
Integrantes expertos metodología	27
MATERIAL Y MÉTODOS.	28
PREGUNTAS CLÍNICAS	30
RESULTADOS - RECOMENDACIONES	31
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIÓN	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXO 1	52
COMENTARIOS DE EXPERTOS	52
GUÍA CLÍNICA	52
Tocolysis for women in preterm labour, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011	52
GUÍA CLÍNICA	79

ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletin -----	79
GUÍA CLÍNICA-----	98
Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour-----	98
CALIFICACIONES AGREE II-----	123

RESUMEN

Introducción: La elaboración e implementación de guías de práctica clínica han sido un elemento novedoso que se ha introducido en la asistencia médica, por lo que su desarrollo y aprovechamiento para la implementación y adaptación en nuestro nosocomio aun no han sido realizados. El recién nacido pretermino es la principal causa de mortalidad perinatal y la primera causa de ingresos a unidad de cuidados intensivos neonatal de nuestro hospital y en el mundo, representando aproximadamente el 15% de todos los nacimientos en nuestro hospital generando esto un alto costo tanto económico como psicológico y social. Esto sin hablar de las complicaciones del periodo neonatal inmediato y/o secuelas a largo plazo con predilección de sistema nervioso central. Actualmente no existe un consenso internacional el cual establezca el diagnóstico de amenaza de parto pretermino, eso junto con el desconocimiento de la etiología el manejo no ha dado los resultados esperados. Parece ser que solamente la identificación de factores de riesgo, y algunas mediciones de laboratorio y gabinete permitirán iniciar el tratamiento en edades tempranas del embarazo, y así intentar disminuir las complicaciones.

Objetivo: Establecer un referente para la toma de decisiones clínicas presentando varios métodos de manejo para la amenaza de parto pretérmino, basados en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, identificando los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino.

Material y Métodos: Se conformo a un grupo de expertos para la elaboración de este documento; las preguntas clínicas a responder fueron determinadas por su importancia e impacto dentro del tópico. Sólo algunos de los participantes recibieron capacitación sobre la adaptación de guías de práctica clínica sin embargo todos los expertos participantes fueron escuchados con el fin de unificar criterios. Se definió la estrategia de búsqueda por vía electrónica en motores de búsqueda libres como pubmed, sumsearch, tripdaabase, los cuales contaran con textos completos con la principal palabra clave: preterm labor, en el título de los documentos buscados, de estos documentos encontrados se localizarón 7 guías de práctica clínica las cuales cumplían con la evaluación esperada, así como respondían a las preguntas

clínicas realizadas. Se aplicó el instrumento de evaluación de guías AGREE II y de estas se escogieron las 3 guías de práctica clínica que mayor se concretaran a responder nuestras preguntas clínicas, así como, con mayor puntuación. Cada una de nuestras preguntas clínicas contaba con una respuesta de una o más guías de práctica clínica, las cuales fueron valoradas y comentadas por los participantes expertos en idioma original y con traducción al español de donde se obtuvieron nuestras recomendaciones finales.

Discusión: La implementación de guías de práctica clínica pretende disminuir costos hospitalarios, también, disminuir la incidencia de diagnósticos de amenaza de parto pretérmino de forma sistemática, disminuyendo la variabilidad de los manejos, estandariza la forma de realizar diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, identificando de manera oportuna a pacientes con factores de riesgo para parto pretérmino, así como, la realización de estudios los cuales disminuirán el riesgo de presentar un parto pretérmino en los próximos 7 días. Se analizan también, la utilización de los medicamentos uteroinhibidores el cual será la mejor opción según sea el caso.

Conclusión: La disminución de la variabilidad de forma de hacer diagnóstico, así como, la estandarización de manejo para la amenaza de parto pretérmino en nuestro hospital y contar con la estadística real de la incidencia de este gran problema para nuestro nosocomio y así disminuir la morbi-mortalidad neonatal. Aunque se necesita continuar con el desarrollo del protocolo para valorar su función y futuras modificaciones.

INTRODUCCIÓN

El recién nacido pretérmino, definido como el nacimiento previo a las 37 semanas de gestación o a 259 días de gestación, es el mayor determinante de morbilidad neonatal, y en consecuencia, de eventos adversos a largo plazo para la salud (International classification of diseases and related health problems. 10th revision., 1992). Recién nacidos pretérmino tienen altas tasas de aplasia cerebral, déficit sensorial, lento aprendizaje y enfermedades respiratorias comparadas con niños que nacieron a término teniendo como resultado enorme costo social, físico, psicológico y económico. Se estima que en 2005 en Estados Unidos de America solamente en termino de hospitalización y educación en nacimientos pretermino se gasto un poco mas de \$26.2 Billones de Dolares americanos. (Practice Bulletin , 2012).

Hay una considerable variación internacional en la que el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino es realizado y manejado. (Gian Carlo Di Renzo, 2007)

Los eventos fisiopatológicos que desencadenan una amenaza de parto pretérmino son desconocidos, pero incluye hemorragia decidual, factores mecánicos y cambios hormonales. Además, infecciones cervicovaginales severas, así como, infecciones de vías urinarias han sido asociadas a amenaza de parto pretermino.

El diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, los cuales, eventualmente darán el nacimiento de un producto pretérmino ha sido facilitado por el uso de ultrasonido trasvaginal para la medición de la longitud cervical y por la detección de la fibronectina fetal en secreción cervicovaginal. Ambos exámenes no deben ser la regla de la verdad del parto pretérmino y una proporción substancial de mujeres no tendrán un nacimiento pretérmino aun con ambos exámenes positivos. La evaluación clínica de estos exámenes donde el nacimiento pretérmino es poco probable, sí ambos exámenes son negativos, su probabilidad de presentar un parto pretérmino cae por debajo del promedio de la población general. Esto debe ayudar a evitar hospitalización y manejo innecesario de pacientes con falsa amenaza de parto pretérmino. (Leitich, 2005)

Una gran variedad de agentes tocolíticos se han desarrollado para inhibir las contracciones uterinas. De estos, actualmente se utilizan los beta-agonistas, los bloqueadores de canales de calcio, antagonistas de receptores de óxido nítrico, inhibidores de prostaglandinas, donadores de óxido nítrico y sulfato de magnesio. Existe muy poca información válida sobre el uso correcto de estos medicamentos en la práctica clínica, pero los beta-agonista que con anterioridad se empleaban, cada vez, más están cayendo en desuso, cada tocolítico tiene su mecanismo único de acción, efectos colaterales y grado de complejidad para ser administrado. (Practice Bulletin , 2012)

Existe el mito que la incidencia de parto pretérmino no ha cambiado en los últimos 50 años, y no se ha modificado en realidad pero el cambio no se realiza debido a que ahora incluimos mas bebés recién nacidos pretérmino a edades muy extremas, con extremado bajo peso, y en los límites de la viabilidad, quienes nunca eran incluidos en nuestras estadísticas previas. También existe un incremento en la tendencia hacia el nacimiento pretérmino electivo, con el mejoramiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales. El término del embarazo pretérmino no es buen indicador ya que hay que tener en cuenta que cada día que se retrase el nacimiento en embarazo de 22 a 28 semanas de gestación, aumenta su supervivencia en un 3% sin la necesidad de llegar al término completo. (Gian Carlo Di Renzo, 2007)

El desarrollo y adaptación de Guías de Práctica Clínica requiere el desarrollo de medicina basada en evidencia, y así el mejor aprovechamiento de recursos. Con los recientes avances de nuestro entendimiento de etiología y mecanismos de trabajo de parto espontáneo, como por ejemplo, factores de riesgo modificables, junto con el conocimiento y la disponibilidad de mejores y más específicos tocolíticos, tenemos la idea de que unas mejores y más apropiadas guías pudieran ser desarrolladas.

ANTECEDENTES

Durante el desempeño de sus labores habituales, los profesionales de la salud se enfrentan a un sin número de decisiones diagnósticas y terapéuticas, a las conclusiones a las que llegan suelen fundamentarse en los propios conocimientos, con un grado de exactitud variable, en un contexto asistencial en el que ejercen presión diferentes fuerzas. Los clínicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas estrategias diagnósticas y las opciones terapéuticas, por lo que es frecuente observar que a un mismo problema de salud varios profesionales elijan abordajes diferentes. Estas diferencias pueden deberse a varias causas: incertidumbre, ignorancia, presiones externas, recursos limitados y preferencias del paciente (SALUD, 2007).

Para que los profesionales, tomen las mejores decisiones deben disponer de información de calidad, fácil de localizar, adecuada al problema, válida, precisa, aplicable a pacientes concretos y disponibles en el punto de atención a la paciente.

La elaboración e implementación de guías de práctica clínica ha sido un elemento novedoso, que se ha introducido en la asistencia médica que se brinda en los servicios de salud, en los últimos años. Nuestro "Hospital Materno Infantil Mexicali" no ha estado exento de ello, sin embargo, se ha señalado que debe presentarse mayor atención a su implementación y a su efectividad en los diferentes escenarios prácticos (Woolf SH, 1999).

Aún cuando, se han diseñado protocolos para la utilización adecuada de exámenes complementarios sin perjuicio de la calidad de atención médica y con la consiguiente disminución de los costos, en la práctica, no es fácil su introducción debido a las presiones o demandas que ejercen los médicos y/o los enfermos. (Dr. Alfredo D. Espinosa Brito, 2009). Las mejores guías han sido escritas por personas con experiencia, tanto práctica como académica, en el problema clínico que tratan, así mismo, las guías permiten un equilibrio entre la práctica y la academia, entre las diferentes especialidades médicas, entre los médicos y los administradores, entre estos y los políticos, logrando ofrecer la

posibilidad de adaptar las guías con experiencias nacionales a situaciones locales. (Espinosa A, 2006).

El desarrollo e implementación de Guías de Práctica Clínica requiere una cantidad importante de recursos humanos, financieros y de tiempo. A nivel mundial, diferentes organizaciones están realizando esfuerzos para elaborar guías, con el fin de enfrentar problemas de salud comunes a varios países, teniendo como resultado la existencia de diferentes versiones para un mismo padecimiento. En este contexto la adaptación de las Guías de Práctica Clínica ya existentes, surge como una opción metodológica para usar los recursos en forma más eficiente, evitar la duplicidad de esfuerzos y promover su implementación a nivel local. La adaptación puede realizarse a través, de un procedimiento que tome en cuenta la calidad de las guías existentes con un análisis detallado de la coherencia entre la evidencia y las recomendaciones, de esta forma, la adaptación de estas últimas al sitio específico de su uso, considerando la organización y recursos de los sistemas de salud y el contexto cultural. (Fervers B, 2006).

Para que las guías de práctica clínica sean confiables y cuenten con un nivel adecuado de calidad requieren cumplir con ciertas características en su desarrollo y en el contenido de la versión final. Para lograrlo se han realizado esfuerzos a nivel internacional y uno de los más difundidos fue el que llevó a la creación del instrumento “AGREE” (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation for Europe), con el objetivo de evaluar la calidad de la información y recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, puede aplicarse en una guía nueva o en las ya existentes y sus actualizaciones. Consta de 23 preguntas claves organizadas en seis áreas: Alcance y Objetivo, el propósito general de la guía, preguntas clínicas específicas y población de paciente en quienes se va a aplicar; participación de los implicados, grado en el que el contenido representa los puntos de vista de los usuarios a los que la guía de práctica clínica está destinada; rigor de la elaboración, descripción del proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para la formular y actualizar las recomendaciones; claridad y presentación, uso de lenguaje y formato claros; aplicabilidad, referencia de las posibles implicaciones en aspectos organizativos, resultados en salud y costos al aplicar las recomendaciones de la guía; independencia editorial, especificación de la

independencia de las recomendaciones y posibles conflictos de interés por parte del grupo que desarrolló la guía. Cuando se evalúa o se desarrolla una Guía de Práctica Clínica, estas áreas del instrumento AGREE deben quedar bien especificadas. (www.agreecollaboration.org).

Para lograr un impacto positivo en el equipo de salud, se requiere una actitud receptiva a las recomendaciones de las guías de práctica clínica y flexibilidad para realizar un cambio en su práctica. El contexto administrativo en el que las guías de práctica clínica se aplican es también, un determinante de éxito, por lo que, se demandan cambios en cuanto al abastecimiento de insumos y situación organizacional (Constantino-Casas, 2009).

Los nuevos fármacos o las novedosas tecnologías no compiten sólo entre sí, sino que, debén demostrar su eficiencia, efectividad y eficacia en los tratamientos en lo que se aplicán, además, esa necesidad viene condicionada por la competencia, por los recursos disponibles y también por la necesidad de que el paciente decida con libertad entre los distintos tratamientos disponibles, una libertad que está salvaguardada por la posibilidad de que se impongan fuertes correctivos a los clínicos que apliquen procedimiento terapéuticos no respaldados empíricamente en los trastornos en lo que se han realizado estudios. (Raine R, 2005).

El parto pretérmino y sus secuelas, constituyen un serio problema de salud en cuanto a su mortalidad, discapacidad y costo a la sociedad. Estimaciones indican que en 2005 los costos en Estados Unidos de America solamente en términos de hospitalización, educación, e incapacidades asociados con parto pretermino fueron más de \$26.2 billones de dólares americanos. (Plains, 2006). Siendo la fisiopatología subyacente del parto prétermino aun desconocida, existen varias etiologías involucradas en la patogénesis del parto prematuro, lo que explica porque es tan difícil de diagnosticar y de prevenir (CJ, 2002). El antecedente de un parto prematuro anterior es uno de los factores de riesgo más importante, aumentando el riesgo a 2.5 veces en el próximo embarazo. No solamente presenta mayor riesgo para las mismas pacientes, sino que también, lo transmiten a sus hijas, pues se ha observado una agregación familiar del parto prematuro. (al, 2001).

Hay una considerable variación internacional en la que el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino es realizado y manejado. (Gian Carlo Di Renzo, 2007)

La estimación del índice de parto pretérmino y de su propia categorización (ejemplo, Espontáneo e Indicado) son esenciales para la determinación global de la incidencia, informar a los gobiernos y formar programas de intervención para reducir el riesgo de amenaza de parto pretérmino y el nacimiento de prematuros. Se estima que en países en vías de desarrollo la tasa de partos pretérmino está influenciada por un amplio rango, de factores incluyendo la forma de valorar edad gestacional del recién nacido, diferencias raciales, nacionales, diferencias en el proceso de registro al nacimiento, definiciones heterogéneas empleadas para parto pretérmino, religión, las cuales pueden dar una discordancia en el registro de nacimientos pretérmino, (Stacy Beck, 2010) siendo la mayor causa de morbi mortalidad secundaria a infecciones como malaria, VIH, tuberculosis, infecciones vaginales y parásitos intestinales.

El riesgo de morbi mortalidad neonatal, las secuelas pulmonares y de sistema nervioso a largo plazo, parecen ser mayores en aquellos recién nacidos que nacen pretérmino, por indicación materna o fetal, que en los recién nacidos que nacen espontáneamente en las mismas semanas de gestación (al K.-R. M., 2000). De todas las muertes neonatales (primeros 7 días de vida) no relacionadas con malformaciones congénitas, el 28% son por parto pretermino. (Lawn JE, 2006) Por ello la decisión de intervenir en la gestación pretérmino continúa siendo una elección obstétrica difícil que debe balancearse sopesando beneficios frente a los riesgos asociados al parto pretérmino.

Desafortunadamente poco ha sido el progreso en los pasados 50 años en el desarrollo de costo efectividad y aprovechamiento para la prevención y tratamiento de parto pretérmino, y en algunos lugares la frecuencia se ha ido incrementando actualmente, en base a la tecnología de reproducción asistida aumenta el porcentaje de nacimientos múltiples y parto prematuros. En gestaciones únicas concebidas con tecnología de reproducción asistida el riesgo de parto prematuro es de 2.6 veces mayor, que en la población en general, siendo más frecuente los trastornos cardiovasculares, metabólicos, cromosómicos y del sistema nervioso central. (P., 2005) (al S. L., 2002).

La capacidad limitada de los agentes tocolíticos para prolongar el embarazo y los malos perfiles de seguridad, hacen que la incidencia del parto prematuro haya permanecido incambiable en las últimas décadas. Actualmente, debido a los avances en la medicina perinatal ha habido un incremento en las tasas de supervivencia en recién nacido prematuro y de bajo peso, especialmente en los grandes prematuros.

Es difícil, la diferenciación precóz entre el trabajo de parto verdadero y el falso, por lo que las contracciones uterinas no pueden ser usadas como único criterio diagnóstico, ya que pueden producir un error en el 70% de los casos. Las admisiones hospitalarias para pacientes quien no presentan un verdadero trabajo de parto pretérmino, frecuentemente resulta en el uso innecesario y potencialmente dañino, el empleo de medicamentos, incluyendo tocolíticos, antibióticos y corticoesteroides. Además, del costo de la hospitalización, una importante fuente de estrés tanto para la paciente embarazada, como para la familia y muchas veces, un impacto psicológico negativo (Boots DO, 2013). Aunque la posibilidad de parto prematuro se incrementa con el aumento de frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente útil para predecir el parto pretérmino, por lo que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomendó definir con precisión la amenaza de parto pretérmino. (al I. J., 2002).

El problema en la correcta identificación de síntomas en mujeres quienes tendrán un parto pretérmino puede ser ejemplificado por los resultados de estudio clínico realizado donde mujeres con sospecha de amenaza de parto pretermino fueron incluidas, encontrando solamente el 3% de las pacientes, quienes además de la sospecha, tenie examen de fibronectina fetal positivo tuvieron parto dentro de los siguientes 7-10 días, y solamente el 21% de todos los embarazos terminaron antes de la semana 37 de gestación. (Honest H, 2002)

Las complicaciones neonatales, tales como, la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar (King JF, 2005)

Existen numerosas controversias con respecto a su prevención, diagnóstico y tratamiento. Las estrategias para prevenirlo han fracasado en países

desarrollados. Por otro lado, existe un alto número de diagnósticos de falsos positivos, que llevan a tratamientos innecesarios.

Se han evaluado programas de educación, para prevenir el parto pretérmino, aun cuando los datos fueron combinados usando técnicas de metanálisis, no se encontraron beneficios de los programas de educación, sobre las tasas de nacimientos pretermino. Los sistemas de puntuación de riesgo presentaron baja sensibilidad (alrededor de 50 %) y los valores predictivos positivos (17-34 %). El único efecto estadísticamente significativo, de los programas de educación para la prevención de parto pretermino fue en el incremento en la frecuencia del diagnóstico de trabajo de parto pretermino. (King JF, 2005)

Los programas de prevención, se basan en general, en los siguientes parámetros: Identificación de factores de riesgo; Intervenir en factores de riesgo modificables en consecuencia; considerar métodos de educación relacionados con factores de riesgo; enseñar y reconocer signos de alarma; Implementar intervenciones pertinentes.

Prevención y tratamiento de parto pretérmino es importante, no así, el como termina el nacimiento, pero sí, el como determina el porvenir el recién nacido prematuro. Para muchas mujeres en trabajo de parto pretérmino, no es apropiado considerar uteroinhibición, el trabajo de parto puede estar muy avanzado, por ejemplo, o prolongar el embarazo, puede ser dañino para la mujer embarazada o el producto que está por nacer, ya sea por una infección, o un desprendimiento de placenta. Como es la mujer embarazada quien recibe el tratamiento, también es responsabilidad de asegurar el no dañar a la madre con el manejo.

Los factores de riesgo asociados con el parto pretérmino para la prevención, así como, el índice de riesgo no hay evidencia suficiente acerca de la efectividad de su uso en poblaciones para reducir la incidencia de parto pretérmino. Los mismo no discriminan adecuadamente entre las mujeres que se verían beneficiadas con programas de prevención y las que no. Sin embargo, aquellas pacientes quienes presentaron un parto pretérmino previo, tienen una alta posibilidad de recurrencia. (Practice Bulletin , 2012)

En conjunto, los factores de riesgo, con la fibronectina fetal cervicovaginal, los movimientos respiratorios fetales, la medición ultrasonografica de la longitud

cervical, son estudios bien tolerados, que representan poco costo y disponibilidad para pacientes con amenaza de parto pretérmino. Recientemente se han publicado revisiones sistemáticas, con información sobre numerosos exámenes potencialmente útiles para predicción de parto pretérmino a corto plazo en mujeres con signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino. Existe una necesidad de racionalizar el uso de pruebas predictivas de nacimiento pretérmino en mujeres con signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino y utilizar, solo la evidencia para la generación de guías de práctica clínica. (Boots DO, 2013)

El índice de parto pretérmino y todas las combinaciones de los exámenes a realizar a pacientes con síntomas de amenaza de partos pretérmino se encuentran en un estudio, el cual incluye embarazos únicos de 24-34 semanas de gestación. La pre-evaluación en este estudio para probabilidad de nacimiento antes de la semana 37 de gestación fue de 26.3% el cual es comparable con otros estudios. Un examen positivo para fibronectina fetal y longitud cervical, ya sea solos o en combinación, elevaron la probabilidad de nacimiento previo a semana 37 de gestación, a un 52.4% que es solamente moderadamente significativo. Un resultado negativo de fibronectina fetal y longitud cervical disminuyen la probabilidad de nacimiento pretérmino hasta en un 5.6%. Esto es un porcentaje menor de nacimientos pretérmino, que el esperado en población normal, sugiriendo que mujeres quienes cuentan con fibronectina fetal negativa y una longitud cervical normal, tienen un riesgo de parto pretermino inferior, que el riesgo de la población promedio. (Rozenberg P, 1997)

Una gran variedad de agentes tocolíticos se han desarrollado para inhibir las contracciones uterinas. De estos, actualmente se utilizan los beta-agonistas, los bloqueadores de canales de calcio, antagonistas de receptores de óxido nítrico, inhibidores de prostaglandinas, donadores de óxido nítrico y sulfato de magnesio. Existe muy poca información válida sobre el uso correcto de estos medicamentos, en la práctica clínica, pero los beta-agonista que con anterioridad se empleaban, cada vez más, están cayendo en desuso cada tocolítico tiene su mecanismo único de acción, efectos colaterales y grado de complejidad para ser administrado. (Practice Bulletin , 2012)

La tocólisis, no está asociada con una clara reducción de la mortalidad perinatal ni morbilidad neonatal. (Gyetvai K, 1999). Sin embargo, existe el mito que la incidencia de parto pretérmino no ha cambiado en los últimos 50 años, y en realidad el cambio no se realiza debido a que ahora incluimos más bebés recién nacidos pretérmino, a edades muy extremas, con muy bajo peso y en los límites de la viabilidad, quienes nunca eran incluidos en nuestras estadísticas previas. También existe un incremento en la tendencia hacia el nacimiento pretérmino electivo con el mejoramiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales. El término del embarazo pretérmino, no es buen indicador, ya que hay que tener en cuenta, que cada día que se retrase el nacimiento en un embarazo de 22 a 28 semanas de gestación aumenta su supervivencia en un 3%, sin la necesidad de llegar al término completo. (Gian Carlo Di Renzo, 2007)

Muchos de los efectos de los tocolíticos empleados en mujeres embarazadas, son para retrasar el nacimiento de 48 hr a 7 días, y su único beneficio es para quienes requieran un traslado a un centro de atención neonatal, o el tiempo necesario para completar dosis y esquema de inductores de madurez pulmonar.

En balance con los resultados, de los beneficios contra los efectos adversos, en los estudios de revisión sistemática encontraron que, los inhibidores de las prostaglandinas y los bloqueadores de los canales de calcio; tienen la más alta probabilidad de ser la mejor terapia para pacientes quienes presentan amenaza de trabajo de parto pretérmino en base a cuatro puntos como son: detención de parto por más de 48 hrs, mortalidad neonatal, síndrome de distrés respiratorio del recién nacido, efectos adversos en la madre de todas las clases consideradas, los inhibidores de las prostaglandinas tienen la más alta probabilidad de inhibición tanto de amenaza como detención de trabajo de parto pretérmino, con la menor cantidad de efectos adversos, sin embargo, no cuenta con el mejor bienestar neonatal. Cuando la probabilidad sea llegar a los 3 mejores tratamientos para detener el nacimiento se debe considerar a los bloqueadores de los canales de calcio (nifedipino) con un 57 % de efectividad siendo el mejor tocolítico junto con el de mejores resultados en bienestar neonatal. Desafortunadamente los calcio antagonistas están asociados a un ligero incremento de los efectos adversos maternos. Por los efectos adversos

maternos, sólo los betamiméticos continúan demostrando ser estadísticamente de manera significativa superiores que el placebo, teniendo probablemente hasta un 98%, continuando los inhibidores de las prostaglandinas con un 79% y los bloqueadores de los receptores de oxitocina (70%). (David M Haas, 2012)

PROBLEMA CLÍNICO

Diagnóstico y tratamiento de la embarazada con amenaza de parto pretérmino para disminuir la frecuencia de recién nacidos pretérmino.

JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino no es un problema obstétrico, sino un problema de salud pública mundial. El parto pretérmino es la causa de mortalidad neonatal más importante, también, la principal causa de hospitalización prenatal. Un parto pretérmino, definido como un parto con un embarazo menor a 37 semanas, contribuye hasta en un 70% de mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal tanto de corto como de largo plazo, manifestada sobretudo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, madre, familia y sociedad. El parto pretérmino es el factor independiente más importante para conocer pronóstico de vida así como calidad de vida de un recién nacido. (Guia Practica Clinica Mexicana, 2008)

En Estados Unidos, ocurre un parto pretérmino en el 12% de todos los nacimientos vivos, presentando en aproximadamente el 50% de estos, trabajo de parto pretérmino. Sin embargo las causas de parto pretérmino no están bien entendidas. (Goldenberg RL, 2008)

En nuestra institución, hubo un total de 7739 nacimientos en 2012, de los cuales, el 15% ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, encontrándose como principales causas de ingreso, parto pretérmino, solamente por debajo de ruptura de membranas de larga evolución y síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria, periodo de adaptación pulmonar, neumonías), siendo la prematurez severa la principal causa de mortalidad neonatal. (Infantil, 2013)

En el 2006, el Instituto de Medicina, estima un costo anual de parto pretérmino en Estados Unidos, de \$26.2 billones de dólares o más de \$51, 000 dólares por infante pretérmino, por lo que los gastos que se requieren en forma global para atender las consecuencias del parto pretérmino, son de gran trascendencia tanto para las familias, instituciones de gobierno y sociedad en general (Medicine, 2007). En nuestra institución no contamos con costos por infante, por día de hospitalización, sin embargo, sabemos que en promedio en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, dura de 20 a 22 días de estancia, en el área de intermedios e incubadoras en un promedio de 8 a 9 días y bacinetes de 4 a 5 días, aumentando así los costos de hospitalización por cada recién nacido.

A pesar, del aspecto multifactorial de las causas de parto pretérmino, se han identificado varios factores de riesgo que de alguna forma u otra se han asociado a parto prematuro, sin embargo, identificar a una mujer quién tendrá un parto pretérmino, es un proceso inexacto, por lo que es necesario conocer los factores de riesgo y métodos diagnósticos actuales que permitan identificar de forma oportuna a las pacientes con parto pretérmino en nuestra población.

Existe una gran variedad de agentes destinados a disminuir o evitar actividad uterina, como son AINES, calcio antagonistas, beta-agonistas, antagonistas de los receptores de oxitocina, donadores de óxido nítrico y sulfato de magnesio, de los cuales hay poca información sobre la práctica clínica de ellos y existe un uso indiscriminado de estos, por lo que es necesario conocer tanto indicaciones y contraindicaciones de estos medicamentos y su empleo actual, por ejemplo; los beta-agonistas ampliamente utilizados en el pasado, en la actualidad su empleo ha disminuido, otro ejemplo sería el uso de sulfato de magnesio ampliamente utilizado en Estados Unidos y poco empleado en Europa, haciendo un análisis detallado del uso de estos para poder así utilizarlos para el mejor porvenir de nuestros pacientes. (Gyneacologists, 2011)

Las diferencias entre los criterios de manejo tanto ambulatorio, como hospitalario, obligan a la necesidad de presentar una guía para la estandarización del diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino. Por lo que es, imprescindible este documento por ser un problema muy frecuente en nuestro medio ocasionando altos costos y la saturación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con un alto índice de morbilidad y mortalidad neonatal.

OBJETIVO GENERAL

Establecer un referente para la toma de decisiones clínicas presentando varios métodos de manejo para la amenaza de parto pretérmino, basados en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, identificando los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino y así favorecer la efectividad seguridad y calidad de atención medica contribuyendo con el bienestar de la sociedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Unificar Criterios para el diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino.
2. Presentar los diferentes métodos diagnósticos para la amenaza de parto pretérmino.
3. Disminuir la frecuencia de recién nacidos pretérmino, en pacientes embarazadas que presentan amenaza de trabajo de parto pretérmino.

ALCANCE DE LA GUÍA.

Nivel de atención implicado

- Servicios Médicos Ambulatorios de Consulta Externa prenatal y de Urgencias.
- Servicios Médicos No ambulatorios de Hospitalización en Toco cirugía, piso y urgencias.

Profesionales Implicados

- Médicos Gineco-obstetras.

Pacientes implicados

- Pacientes embarazadas con embarazo de 22 a 36 semanas de gestación con síntomas y factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino.

INTEGRACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO.

Responsable del equipo

Dra. Carmen Gorety Soria Rodriguez.

Integrantes Normativos

Dra. Yolanda Elizabeth Benítez Benítez.

Integrantes operativos

Residente de Ginecología y Obstetricia Heriberto Montoya Buenrostro.

Integrantes revisores

Revisor 1: Dra. Elizabeth Leyva Quintero.

Revisor 2: Dr. Heriberto Montoya Buenrostro.

Integrantes expertos

Participantes: Dra. Marina Montañés Hinojosa, Dra. Cristal Valenzuela, Dra. Yolanda Benítez Benítez, Dr. Juan Sepúlveda Blanco, Dra. Dacia Orozco, Dr. Sergio Castañeda, Dra. Ariela Montes, Dra. Nadia Hirales, Dr. Fco. Meza.

Propuestos: Dr. Fco. Meza, Dra. Marina Montañés, Dr. Alberto Vázquez, Dr. Jorge Zamora, Dra. Cristal Valenzuela, Dra. Yolanda Benítez Benítez, Dr. Fidel Velásquez, Dra. Araceli Vázquez, Dra. Patricia Martínez, Dra. Nadia Hirales, Dra. Dacia Orozco, Dr. Sergio Castañeda, Dra. Ariela Montes, Dr. José Rojas, Dr. Oscar López, Dr. Juan Sepúlveda, Dra. Denisse Gonzalez.

Integrantes expertos metodología

Dr. Miguel Ángel Martínez Andrade

MATERIAL Y MÉTODOS.

Durante los primeros meses de realización del estudio el conjunto de participantes se reunió, con la finalidad de determinar las preguntas clínicas a responder. Una vez llegando a un consenso de las preguntas clínicas a realizar, se realizó indagación, de la información clínica solicitada, sistemáticamente investigamos en motores de búsqueda especializados en medicina basada en evidencia, los motores de Pubmed, Sumsearch y Tripdatabase, por publicaciones sobre guías de práctica clínica. Nosotros limitamos la búsqueda al termino “preterm labour” en el titulo de documento, en los idiomas ingles y español, solamente tipos de documentos de Guías de Práctica Clínica, que pudieran encontrarse de forma gratuita y en texto completo. En el motor Sumsearch con otros límites mas específicos, fueron: sin importar edad, no enfocada, con requerimiento de abstract y solo en humanos, en último motor de búsqueda tripdatabase con limites que sea en países como Australia, Cánada, Estado Unidos de America, Reino Unido y otros, encontrando un total de 96 documentos con respecto amenaza de parto pretérmino, de los cuales, basados en los títulos nosotros leíamos el resumen y de los documentos potencialmente relevantes, que después eran sometidos a evaluación de la evidencia contando con hallazgos relacionados y disponibilidad en texto completo, por lo menos por dos revisores.

Sí el documento era considerado relevante, nosotros obteníamos el texto completo y era traducido para una posible extracción de datos, se fueron seleccionando y eliminando documentos hasta contar con un total de 7 Guías de práctica clínica.

Resultados que después de revisar la información disponible, las guías de práctica clínica fueron calificadas por dos de nuestros revisores y asociados cooperadores voluntarios, obteniendo diversos dictámenes y comentarios de las diferentes guías de práctica clínica, escogiendo las guías que mayormente se adecuaban y respondieran nuestras preguntas clínicas realizadas, así como, con el objetivo de evaluar la calidad de la información y recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, a la cual se aplica el instrumento de metodología calificativa de guías de práctica clínica AGREE II (Appaisal of Guideline for Research Evaluation) que consta de 23 preguntas

claves organizadas en seis áreas: Alcance y Objetivo, el propósito general de la guía, preguntas clínicas específicas y población de paciente en quienes se va a aplicar; Participación de los implicados, grado en el que el contenido representa los puntos de vista de los usuarios a los que la GPC está destinada; rigor de la elaboración, descripción del proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular y actualizar las recomendaciones; claridad y presentación, uso de lenguaje y formato claros; aplicabilidad, referencia de las posibles implicaciones en aspectos organizativos, resultados en salud y costos al aplicar las recomendaciones de la guía; Independencia editorial, especificación de la independencia de las recomendaciones y posibles conflictos de interés por parte del grupo que desarrolló la guía.

De las Guías de Práctica Clínica con mayor calificación según el instrumento de aplicación de metodología calificativa AGREE II donde se seleccionan las respuestas mejor adaptadas a las preguntas clínicas realizadas por la guía, donde se obtuvieron las mejores Guías de Práctica clínica Internacionales, como la Guía de Práctica Clínica Nacional las cuales, fueron revisadas, obteniéndolas en su idioma original y con su traducción no validada al español, siendo entregadas en forma electrónica y física a los médicos expertos locales incorporados a este estudio como integrantes expertos propuestos y participantes de los que se emplean en este Hospital Materno Infantil de Mexicali, con la participación de más de la mitad de los expertos realizando sus comentarios de forma oral o escrita en base a la experiencia clínica. Obteniendo así los resultados finales plasmados en nuestras recomendaciones de la guía de práctica clínica.

PREGUNTAS CLÍNICAS

1. ¿Cuáles son, los criterios diagnósticos de amenaza de parto pretérmino?
2. ¿Cuáles son, los factores de riesgo principales para presentar amenaza de parto pretérmino?
3. ¿Qué pruebas diagnósticas, se deben utilizar, en pacientes con amenaza de parto pretérmino?
4. ¿Cuándo y que funcionalidad tienen los inductores de madurez en el parto pretérmino?
5. ¿Qué finalidad tienen los tocolíticos para disminuir parto pretérmino?
6. ¿Cuáles son, los criterios de manejo hospitalario y ambulatorio de amenaza de parto pretérmino?
7. ¿Cuál es, el rol del manejo no farmacológico en pacientes con amenaza de parto pretérmino?
8. ¿Cuándo debes indicar uso de tocolíticos?
9. ¿Qué tocolíticos son de elección para la amenaza de parto pretérmino?
10. ¿Cuáles son las principales secuelas de los tocolíticos en recién nacidos?
11. ¿Cuáles son los principales efectos adversos de los medicamentos tocolíticos?
12. ¿Qué utilidad tiene el Sulfato de magnesio en la amenaza de parto pretérmino?
13. ¿Cuándo, utilizar tocolíticos en embarazo múltiple?

RESULTADOS - RECOMENDACIONES

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
<p>¿Cuáles son los criterios diagnósticos de amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Se considera la presencia de amenaza de parto pretérmino uno ó mas de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Presentar contracciones úterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 4/20min, 6/60 min). b) Dilatación 2 cm. c) Borramiento de 80 %. 	<p>la</p>
	<p>Ante la presencia de un parto pretérmino es necesario corroborar por ultrasonido la edad gestacional, para establecer el pronóstico de sobrevida del neonato y sus posibles complicaciones.</p>	<p>A</p>
	<p>La determinación de edad gestacional en que se presenta el parto pretérmino, marcará el pronóstico de sobrevida y complicaciones a corto y largo plazo del neonato.</p>	<p>A</p>
	<p>La determinación de edad gestacional por medio de ultrasonido tendrá valor dependiendo del trimestre de elaboración, como mayor confiabilidad, será el del primer, segundo y tercer trimestre respectivamente.</p>	<p>4</p>
	<p><i>Referencia: Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour</i></p>	
<p>¿Cuáles son los principales factores de riesgo para</p>	<p>El valor predictivo positivo o un resultado positivo en la prueba de fibronectina fetal o un cuello uterino corto, por sí sola, son pobres y no deben ser utilizados exclusivamente para el</p>	<p>C</p>

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
<p>presentar amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>manejo de síntomas agudos.</p> <p>El factor de riesgo más importante es parto pretérmino previo.</p>	<p>B</p>
	<p>Algunos factores de parto pretérmino son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto pretérmino. - Aborto habitual. - Sangrado de la 2da mitad del embarazo. - Actividad física materna. - Estado nutricional. - Estado socioeconómico. - Anormalidades uterinas. - Incompetencia cervical. - Longitud cervical menor de 20 mm. - Ruptura prematura de membranas. <p>Pacientes con antecedentes de parto pretérmino deben recibir consejo preconcepcional o atención médica temprana</p> <p><i>Referencia: ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. 2012</i></p> <p><i>Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour</i></p>	<p>E</p> <p>B</p>
<p>¿Cuáles son los criterios</p>	<p>Identificar mujeres con amenaza de parto pretérmino es difícil.</p>	<p>4</p>

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
de manejo hospitalario y ambulatorio de paciente con amenaza de parto pretérmino?	<p>Aproximadamente el 30% de los partos prematuros se resuelven espontáneamente y el 50% de los pacientes hospitalizados por trabajo de parto pretérmino en realidad dará un producto a término.</p> <p>Las intervenciones para reducir la probabilidad de parto deben reservarse para las mujeres con trabajo de parto pretérmino a una edad gestacional, en la que un retraso proporcionará beneficios para el recién nacido.</p>	B
	<p>No existe, uniformidad de estándar para monitorización fetal.</p>	B
	<p>Pacientes de bajo riesgo, con amenaza de parto pretérmino sin modificaciones cervicales, se tratará con manejo médico, no farmacológico, de forma ambulatoria.</p>	
	<p>Pacientes de alto riesgo para amenaza de parto pretérmino, y pacientes con amenaza de parto pretérmino que no ceden a manejo no farmacológico se deben manejar de forma intrahospitalaria.</p>	4
	<p>En pacientes con amenaza de parto pretérmino ya confirmada, con factores de riesgo, deberán ser manejadas de forma hospitalaria.</p>	
	<p>Paciente con amenaza de parto pretérmino ya confirmada sin factores de riesgo, se le deberá ofrecer manejo ambulatorio, ya sea farmacológico o no, y se deberá, revalorar en un periodo no mayor de 6-12 hrs. En caso de continuar con amenaza de parto pretérmino de</p>	

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
------------------	---------------	-----------

forma persistente se deberá manejar de forma hospitalaria.

Referencia: ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. 2012

Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour

¿Cuándo debes indicar el uso de tocolíticos?

Tocolísis puede ser considerado para las mujeres con amenaza de parto pretérmino.

B

Las mujeres con más probabilidades de beneficiarse del uso de un fármaco tocolítico, son los que están en trabajo de parto muy prematuro, que tienen necesidad de un hospital que pueda brindar cuidados intensivos neonatales y los que aún, no han completado un ciclo de los corticosteroides.

1b

Tocolísis no debe utilizarse, cuando exista una contraindicación para prolongar el embarazo.

B

- a) Muerte fetal intrauterina.
- b) Anomalía fetal no compatible con la vida.
- c) Estado fetal no reactivo.
- d) Preeclampsia severa o eclampsia.
- e) Sangrado materno con estado hemodinámico inestable.
- f) Corioamnionitis.
- g) Ruptura de membranas pretérmino*.

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
	<p>h) Contraindicación materna para tocolísis (agente específico).</p>	
	<p>*En ausencia de infección materna, la tocolisis puede ser considerada con el propósito de traslado materno, administración de esteroides o ambas.</p>	
	<p>El tratamiento tocolítico en general es eficaz hasta por 48 horas, sólo las mujeres con fetos que se beneficiarían de un retraso de 48 horas en el parto recibirán tocolíticos.</p>	A
	<p>En general, los tocolíticos no están indicados para su uso antes de la viabilidad neonatal.</p>	B
	<p>No existe evidencia, para apoyar el uso de tocolíticos profilácticos, ni monitorización domiciliaria, cerclaje o el uso de estos medicamentos para prevenir el parto pretérmino en mujeres con contracciones prematuras sin cambio cervical.</p>	4
	<p>El uso de tocolíticos profilácticos en embarazos multiples, deberán ser evaluados como embarazo único y la gestación multiple deberá ser considerada como un factor de riesgo.</p>	
	<p><i>Referencia: Tocolysis for women in preterm labour</i></p>	
	<p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society</i></p>	
	<p><i>ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics.</i></p>	

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
------------------	---------------	-----------

2012

¿Cuándo y qué funcionalidad tienen los inductores de madurez pulmonar en parto pretérmino?

La intervención más beneficiosa entre pacientes con amenaza de parto pretérmino, es la administración de corticosteroides prenatales.

A

Un único ciclo de cortosteroides, se recomienda para mujeres embarazadas entre, las 24 semanas de gestación y 34 semanas de gestación, que tienen riesgo de parto pretérmino dentro de los 7 días siguientes.

A

Un segundo ciclo de corticosteroides antenatal, debería ser considerado con mujeres con ciclo previo de esteroides, al menos 7 días previos y quienes aún se encuentran en riesgo de parto pretérmino antes de la semana 34 de gestación.

B

Betametasona y dexametasona, son los corticoides más estudiados y han sido los preferidos como inductores de maduración de los órganos fetales. La administración de betametasona o dexametasona, se ha demostrado que disminuye la mortalidad neonatal.

C

El tratamiento, consiste en dos dosis, de 12 mg de betametasona, por vía intramuscular separadas por 24 horas o cuatro dosis, de 6 mg de dexametasona cada 12 horas administrada intramuscular.

la

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
	<p>Dado que el tratamiento, con cortosteroides por menos de 24 horas todavía se asocia con una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad neonatal, una primera dosis de corticosteroides prenatales todavía se debe administrar, incluso si la capacidad de dar la segunda dosis es poco probable, según la situación clínica.</p>	A
	<p>Los corticoesteroides reducen el riesgo de presentar enfermedad membrana hialina, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante y muerte fetal.</p>	B
	<p>Los esteroides, se deben indicar, para inducir la madurez pulmonar, no se recomiendan ciclos repetidos.</p>	
	<p><i>Referencia: ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. 2012</i></p>	
<p>¿Cuál es el rol del manejo no farmacológico en paciente quienes presentan amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Cuando se presentan síntomas de parto pretérmino, los médicos recomendaban reducción de la actividad y la hidratación materna con o sin sedante, con el objetivo de reducción de la actividad uterina.</p>	B
	<p>La mayoría de los expertos abogó el manejo no farmacológico, y la espera encontrar dilatación cervical o borramiento antes de la administración de fármacos tocolíticos.</p>	4
	<p>La terapia profiláctica, en mujeres asintomáticas con riesgo elevado de parto pretérmino no se ha demostrado ser eficaz.</p>	A

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
------------------	---------------	-----------

	<p>Aunque el reposo en cama, y la hidratación, se han recomendado para las mujeres con síntomas de trabajo de parto pretérmino, estas medidas, no han demostrado ser eficaces para la prevención del parto prematuro y no debe recomendarse de forma rutinaria.</p> <p><i>Referencia: ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. 2012</i></p>	B
<p>¿Qué finalidad tienen los tocolíticos en la inhibición de amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>No hay evidencia, que un medicamento tocolítico mejore el resultado, y por ello no es razonable el uso de estos.</p> <p>Como sea, la tocolisis debe ser considerada para ganar unos días para madurez fetal, que se empleen bien por ejemplo el uso de corticoesteroides entre las 24 a 34 semanas de gestación.</p>	A
	<p>El uso de tocolíticos, es asociado con prolongación de embarazo por más de 7 días, pero no con suficiente significado del parto pretérmino y no está claro el efecto con la morbilidad neonatal.</p>	A
	<p>El efecto de los tocolíticos de forma ambulatoria por más de 48 hrs y hasta por 7 días deberá valorarse según sea el caso y este lo amerite.</p>	4

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
------------------	---------------	-----------

Referencia: Tocolysis for women in preterm labour

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society.

Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour

¿Qué tocolítics son de elección para la amenaza de parto pretérmino?

Nifedipino y atosibán tienen una efectividad comparable a retrasar el nacimiento hasta por siete días.

En comparación con beta-agonistas, nifedipino se asocia con una mejoría en el resultado neonatal, aunque no hay estudios a largo plazo

Los beta-agonistas, pueden reducir el riesgo de parto a las 48 horas en comparación con placebo, pero no hay ninguna evidencia clara de que son más eficaces en la prevención del parto prematuro que otro tocolítico.

La dosis sugerida de nifedipino, es una dosis oral inicial de 20 mg seguida de 10-20 mg tres a cuatro veces al día, ajustado de acuerdo con la actividad uterina durante un máximo de 48 horas.

Una dosis total, por encima de 60 mg parece ser asociada con una de tres a cuatro veces mayor en los eventos adversos.

Una dosis sugerida de atosibán de una dosis inicial en bolo de 6,75 mg durante 1 minuto, seguido de una infusión de 18 mg / hora

A

1b

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
	<p>durante 3 horas, luego 6 mg / hora durante hasta 45 horas (hasta un máximo de 330 mg).</p> <p>Inyecciones semanales, de 17 alfa hidroxiprogesterona (250 mg) o tabletas de progesterona vaginales de 100 a 200 mg empezando de la semana 16 a la 20 de gestación, reduce la recurrencia de parto pretérmino.</p> <p>El costo efectividad de atosibán no ha sido bien reportado, pero el costo de atosibán es casi 10 veces mayor al de nifedipino.</p> <p>Un estudio, de costo beneficio en Estado Unidos, comparando terbutalina, sulfato de magnesio, indometacina y nifedipino concluyó que la indometacina y nifedipino eran las opciones más costosas. Un estudio similar, realizado en Alemania, comparando atosibán con beta-agonistas concluyó que atosibán era la opción más barata.</p> <p>Se recomienda el uso de terbutalina 0.25 mg subcutánea, cada 20 min a 3 hrs, controlando a intervalos regulares la presión arterial, y frecuencia cardíaca materna, en conjunto, con un control estricto de líquidos.</p>	<p>A</p>
	<p>Indometacina 100 mg rectal de dosis inicial, con 25-50 mg VO o VR cada 4-6 horas por un máximo de 48 hrs. Sólo se utiliza en embarazo de menos de 32 semanas.</p> <p>Utilizar indometacina como tocolítico, si la paciente, presenta enfermedad cardiovascular, hipertiroidismo, diabetes o hipertensión, siempre</p>	<p>C</p> <p>4</p>

**PREGUNTA
CLÍNICA**

RECOMENDACIÓN

EVIDENCIA

y cuando, se trate de un embarazo igual o menor a 32 SDG.

El no contar con terbutalina, nos condiciona a utilizar orciprenalina, con mismas indicaciones, solo contando con forma de empleo intravenoso o también subcutáneo.

El empleo de orciprenalina intravenoso será de diluir 10 ampolletas de 0,5 mg en 250 ml de solución salina isotónica, a fin de obtener una concentración de 20 mg/ml, administrar en infusión a la velocidad inicial de 20 gotas por minuto, y evaluar un ajuste con base en la respuesta de la paciente. La dosis puede adaptarse a las necesidades y respuesta de cada individuo. Una vez resuelto el período crítico, se puede continuar con 20 mg vía oral cada 6-8 horas.

Referencia: Tocolysis for women in preterm labour

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society

ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. 2012

Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour

**¿Qué
utilidad tiene**

La exposición a sulfato de magnesio, se asoció con un aumento riesgo de muerte fetal,

Ila

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
<p>el sulfato de magnesio en la amenaza parto pretérmino?</p>	<p>neonatal o infantil.</p> <p>El sulfato de magnesio se asocia con efectos adversos para la mujer y como no es efectivo en retrasar parto pretérmino no debe ser utilizado.</p>	<p>B</p>
<p>¿Cuáles son las principales secuelas de los tocolíticos en los recién nacidos?</p>	<p><i>Referencia: Tocolysis for women in preterm labour</i></p> <p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society</i></p> <p>El uso de tocolíticos, no está claramente asociado a mejor porvenir perinatal.</p> <p>No hay suficientes datos a largo plazo de seguimiento, para establecer conclusiones confiables acerca de los efectos sobre el bebé para cualquiera de estos fármacos tocolíticos.</p> <p><i>Referencia: Tocolysis for women in preterm labour</i></p> <p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society</i></p>	<p>A</p>
<p>¿Cuáles son los principales efectos adversos de los medicamentos tocolíticos?</p>	<p>Los Beta-agonistas, tienen una alta frecuencia de efectos adversos.</p> <p>Nifedipino, atosibán y los inhibidores de la COX tienen menos tipos de efectos adversos, y se producen con menos frecuencia que en beta-agonistas.</p> <p>El uso de varios fármacos tocolíticos, parece estar asociada con un mayor riesgo de efectos adversos y así debería evitarse.</p>	<p>A</p> <p>B</p> <p>1b</p>
	<p>Una vez, que se toma la decisión, de usar un fármaco tocolítico, la mejor elección del fármaco sería la mas eficaz con el menor</p>	<p>1b</p>

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
	<p>número de efectos adversos, tanto inmediatos como a largo término.</p>	
	<p>Los efectos adversos comunes, cuando los beta-agonista son comparados con placebo, incluyen palpitaciones, temblor, náuseas o vómitos, cefalea, dolor torácico y disnea.</p>	1b
	<p>Edema Pulmonar, es una complicación bien documentada, por lo general esta asociado con una hidratación intravenosa agresiva.</p>	
	<p>Menos tipos de efectos adversos son reportados por los otros fármacos tocolíticos y se producen con menor frecuencia.</p>	1b
	<p>Los bloqueadores de canales de calcio, se asocian con menores efectos adversos. Los efectos adversos para el nifedipino, el antagonista del calcio más ampliamente utilizado, incluyen palpitaciones, náuseas y vómitos e hipotensión.</p>	1b
	<p>Nifedipino está contraindicada, si la mujer tiene una enfermedad cardíaca y debe ser usado con precaución si tiene, diabetes o embarazo múltiple, debido al riesgo de edema pulmonar.</p>	1b
	<p>Con atosibán, informaron los efectos adversos son las náuseas, vómitos, cefalea, dolor torácico y disnea.</p>	
	<p>La diabetes y la enfermedad cardíaca, no son contraindicaciones para atosibán.</p>	
	<p>Indometacina como con otros antiinflamatorios no esteroideos, existen casos descritos de cierre prematuro del conducto</p>	

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
	<p>arterioso y la consiguiente hipertensión pulmonar en fetos de entre 27 y 35 semanas de gestación. A medida, que la gestación va progresando, el riesgo aumenta: se ha estimado en un 5 a 10% antes de las 32 semanas de gestación, un rápido incremento del 50% a las 32 y de casi el 100% a las 34 semanas. Los efectos constrictores de este agente parecen estar reforzados si se coadministra con betametasona.</p>	
	<p><i>Referencia: Tocolysis for women in preterm labour</i> <i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society</i></p>	
<p>¿Cuándo se debe utilizar tocolíticos en embarazo múltiple?</p>	<p>El uso de tocolíticos, para inhibir la amenaza parto pretérmino en gestación múltiple se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones en la madre, tales como, edema pulmonar.</p>	<p>B</p>
	<p>La tocolisis profiláctica, no ha demostrado reducir el riesgo de parto prematuro o mejorar los resultados neonatales en mujeres con gestaciones múltiples.</p>	<p>B</p>
	<p>No hay evidencia, para demostrar específicamente el beneficio de uso de corticosteroides prenatales en embarazos múltiples. Sin embargo, debido a la clara ventaja atribuible al uso de corticoides prenatales en embarazos con feto único, la</p>	<p>4</p>

PREGUNTA CLÍNICA	RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
------------------	---------------	-----------

mayoría de los expertos recomiendan su uso en prematuros de gestaciones múltiples

Referencia: ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. 2012.

¿Qué pruebas diagnósticas se deben utilizar en pacientes con amenaza de parto pretérmino?

La amniocentesis, puede ser usada en mujeres con amenaza de parto pretérmino, para valorar madurez pulmonar fetal e infección intraamniótica

E

La evaluación ultrasonografica de la longitud cervical y la prueba de fibronectina fetal, tienen elevado valor predictivo negativo; por lo tanto, el uso único o de ambas permite determinar qué tipo de pacientes no requerirán tocolísis.

C

La medición de la longitud cervical, se realizará, entre la semana 20.1 a 34 de gestación en pacientes con riesgo de parto pretérmino con una longitud mayor de 20 mm tiene riesgo elevado de parto pretérmino.

C

La fibronectina fetal, se realizará entre la semana 24-34 de gestación en pacientes con riesgo de parto pretérmino.

C

Las pacientes con pruebas diagnósticas positivas (longitud cervical < 25 mm o fibronectina fetal +) se citaran a los 14 días de la primera evaluación para nuevo control de una o ambas pruebas.

En caso de fibronectina fetal + el estudio se repetira cada 14 días hasta reportarse

**PREGUNTA
CLÍNICA**

RECOMENDACIÓN

EVIDENCIA

negativa, y/o alcanzar la semana 34 de gestación.

En caso de longitud cervical < 25 mm se repetira el estudio cada 14 días hasta alcanzar la semana 34 de gestación.

Referencia: Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour

DISCUSIÓN

El diagnóstico de amenaza de parto pretérmino verdadero, el cual culminará en trabajo de parto pretérmino y, por consiguiente, en nacimiento, no es algo sencillo de identificar, sin embargo la identificación de factores de riesgo tanto modificables como los no modificables, y la realización de estudios bien tolerados por las pacientes y de bajo costo que pudieran ayudar a detectar oportunamente esta situación en nuestro medio y con ello lograr disminuir la incidencia de recién nacidos pretermino en nuestro hospital. Numerosas sociedades científicas realizan adaptaciones de guías de práctica clínica, sobre el diagnóstico, manejo ambulatorio y hospitalario de las pacientes con este padecimiento con perspectiva de medicina basada en evidencia, aun no se llega a un consenso internacional por lo que se continua colaborando.

Las guías de práctica clínica son directrices elaboradas sistemáticamente, para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada, en problemas clínicos específicos. En sentido más utilitario, son las herramientas disponibles para organizar la mejor evidencia científica disponible para ser utilizadas en la toma de decisiones clínicas. La medicina basada en la evidencia es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. Requiere la integración de la experiencia clínica individual, entiéndase como opinión de los expertos locales, y la mejor evidencia clínica externa disponible derivada de la investigación sistemática.

La implementación de Guías de práctica clínica pretende facilitar la toma de decisiones de los profesionales y mejorar el proceso de atención clínica y sanitaria, disminuyendo la variabilidad de la práctica, optimizando el proceso de atención a pacientes con amenaza de parto pretérmino buscando mejorar la seguridad de atención médica de los pacientes. También se busca mejores resultados medidos en morbi-mortalidad de la población neonatal y recién nacidos pretérmino y disminuir costos de productos de atención inapropiada, permitiendo una mayor participación de los pacientes y su familia incrementando su autonomía y responsabilidad de salud.

En el 2006 el Instituto de Medicina, estima un costo anual de parto pretérmino en Estados Unidos de: \$26.2 billones de dólares o más de \$51, 000 dólares por infante pretérmino, por lo que los gastos que se requieren en forma global para atender las consecuencias del parto pretérmino son de gran trascendencia tanto para las familias, instituciones de gobierno y sociedad en general (Medicine, 2007). En nuestra institución no tenemos un costo aproximado por infante, por día de hospitalización, sin embargo, sabemos que en promedio en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, dura de 20 a 22 días de estancia, y en el área de intermedios e incubadoras en un promedio de 8 a 9 días, bacinetes de 4 a 5 días aumentando así los costos de hospitalización por cada recién nacido.

Si realmente, la predicción de mujeres con sospecha de parto pretermino fuera posible, el uso de tocolíticos pudiera reservarse para estas. Afortunadamente, algunos exámenes son útiles con alto valor predictivo. Fibronectina fetal ha sido mostrado como un examen de alto valor predictivo, pero esta limitado a la predicción solamente al nacimiento pretérmino en 7 días, en mujeres con síntomas de amaneza de parto pretérmino. La medición de la longitud cervical es también un estudio con alto valor predictivo en mujeres sintomáticas. Continua siendo poco claro la existencia de algún examen con alto valor predictivo, sin embargo, el costo efectividad de ambos exámenes los hace la elección más apropiada para estas pacientes.

Sí, se ha decidido, usar uteroinhibidores, nifedipino parece ser la opción mas apropiada comparable con al efectividad de retrasar el parto con pocos efectos adversos y menos riesgos de eventos mas serios con respecto a betamiméticos e indometacina. Sin embargo, la paciente con su pareja lo deberán tomar en cuenta, así como, los antecedentes de la misma y edad gestacional en cada caso individualizado para elección del utero inhibidor mas apropiado. (Gyneacologists, 2011)

CONCLUSIÓN

El parto pretérmino es una complicación frecuente en nuestras embarazadas, siendo la principal causa de mortalidad en nuestros recién nacidos, así mismo, es la principal causa de ingreso de pacientes a unidad de cuidados intensivos neonatales. En nuestro estado de Baja California y en nuestro país, México, desconocemos la incidencia real de este problema por lo que sería importante tomar en cuenta todas las medidas aquí mencionadas y ver la aplicabilidad de la medicina basada en evidencia en acuerdo a recomendaciones realizadas en guías internacionales, conociendo la opinión de expertos locales sobre la implementación y adopción de las guías de práctica clínica a hospitales locales no es una tarea fácil ni barata. Si bien en el actual estudio realizamos una investigación en 3 motores de búsqueda muy importantes en el ámbito de medicina basada en evidencia, pero el estudio cuenta con sus limitaciones, ya que no se pudo realizar una búsqueda mas exhaustiva en otros motores de busqueda de orden en medicina basada en la evidencia, los cuales nos pudieran haber dado mayor numero de documentos a revisar sin embargo, creemos que el resultado final de la revisión no variaría tanto ya que los resultados de nuestra búsqueda y el instrumento de aplicación AGREE arrojo las calificaciones de las mejores y mas demostrativas guías de práctica clínica junto con la de nuestro país, por lo que aunque el estudio hubiera sido mayor los resultados no creemos que vayan a modificar. El que comentaran mas de la mitad de nuestros expertos participantes de forma voluntaria el resumen de la evaluación de las guías de práctica clínica, después de la aplicación del instrumento de evaluación AGREE nos habla de una buena actitud para la elaboración y participación de nuevas adaptaciones para otras guías.

Algo importante sería continuar con el protocolo en el futuro para realización del pilotaje y evaluar los instrumentos para su implementación, en conjunto con el departamento de estadística de nuestra unidad hospitalaria para conocer la incidencia real y el alcance de las hospitalizaciones, así como, valorar costos.

BIBLIOGRAFÍA

- al, G. C. (2001). *Williams Obstetricia, Parto pretermino* (21 ed.). USA: McGrall.
- al, I. J. (2002). Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. *N Engl J med* , 346: 250-5.
- al, K.-R. M. (2000). Preterm delivery for maternal or fetal indications: maternal morbidity, neonatal outcome and late sequelae in infants. *Br J obstet Gynaecol* , 107:648-655.
- al, S. L. (2002). Low and very low birth weight in infants conceived with use of asisted reproductive technology. *N Engl J MEd* , 346: 731-737.
- Boots DO, L. S. (2013). Short-term prediction of preterm birth: a systematic review. *AJOG* , 13:209.
- CJ, L. (2002). Prediting premature delivery-No easy task. *N Engl J Med* , 346 (4): 282-4.
- Constantino-Casas, P. (2009). El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de atención. *Rev Med Ins Mex Seguro Social* , 47 (1): 103-108.
- David M Haas, D. M. (2012). Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review. *BJM* , 345:1-16.
- Dr. Alfredo D. Espinosa Brito, d. L. (2009). Guías de Práctica Clínica. Ventajas y desventajas. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* , 44-47.
- Espinosa A, D. S. (2006). *Medicina Interna y Guías de Buena Práctica Clínica. Reflexiones 10 años*. La Habana: Congreso Nacional de Medicina Interna.
- Fervers B, B. J. (2006). Adaptation of guidelines: literature review and proporsition for framework and procedure. *Int J Qual Health Care* , 18 (3)161-176.
- Gian Carlo Di Renzo, L. C. (2007). Guidelines for the management of spontaneous preterm labour. *Archives of perinatal medicine* , 13 (4) 29-35.
- Goldenberg RL, C. J. (2008). Epidemiology and Causes of Preterm Birth. *Lancet* , 371:75-84.
- Guia Practica Clinica Mexicana. (2008). *Diagnostico y Manejo de Parto Pretermino*. Mexico D.F.: CENETEC.
- Gyetvai K, H. M. (1999). Tocolytics for preterm labor, sistematic review. *Obstet Gynecol* , 94:869-77.
- Gyneacologists, R. C. (2011). *Tocolisis for Women in Preterm Labour*. UK.
- Honest H, B. L. (2002). Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectin test in predicting risk of spontaneous preterm birth: systematic review. *Br Med J* , 325:301-10.
- Infantil, D. d. (2013). Mexicali B.C.
- Institute of Medicine. (1990). *Clinical Practice Guidelines: Direction for New Program*. Washington D.C.: National Academy Press.

- (1992). *International clasification of diseases and related health problems. 10th revision*. Geneva: World Health Organization.
- King JF, F. V. (2005). Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. *Cochrane Library* .
- Lawn JE, W.-K. K. (2006). Estimating the causes of 4 millos neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* , 35:706-18.
- Leitich, H. (2005). Controversies in diagnosis of preterm labour. *BJOG* , 112:61-63.
- Medicine, I. o. (2007). *Preterm Birth: Causes, concecuences and prevention*. Washington D.C.: National Academies Press.
- P., S. (2005). The epidemiology of preterm labor - global perspective. *J Perinat Med* , 33:273-6.
- Plains, W. (2006, abril). www.marchofdimes.com/peristats.
- Practice Bulletin . (2012). *Manegent of Preterm Labor*. USA: ACOG.
- Raine R, S. C. (2005). Developing clinical guidelines: A Challenge to current methods. *BJM* , 331;631-3.
- Rozenberg P, G. F. (1997). Evaluating the risk of preterm delivery: a comparison of fetal fibronectin and transvaginal ulstrasonogrphic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol* , 176:196-199.
- SALUD, C. N. (2007). *Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica*. Mexico D.F.: Secretaría de Salud.
- Stacy Beck, D. W. (2010). *The Worldwide incidence of preterm birth: systematic review of maternal mortality and morbidity*. Bulletin OMS.
- Woolf SH, G. R. (1999). Potential Benefits, Limitations and Harmsn of Clinical Guidelines. *BMJ* , 318;527-30.
- www.agreecollaboration.org. (n.d.). Retrieved 2013

ANEXO 1

COMENTARIOS DE EXPERTOS

GUÍA CLÍNICA

Tocolysis for women in preterm labour, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>ORIGINAL There is no clear evidence that tocolytic drugs improve outcome and therefore it is reasonable not to use them. However, tocolysis should be considered if the few days gained would be put to good use, such as completing a course of corticosteroids or in utero transfer.</p>	A	¿Qué función tienen los tocolíticos en inhibición de parto pretérmino?	Reducir la actividad uterina, aunque si hay estudios que dicen que no funcionan pero en esta unidad si observamos que retrasan el tiempo de parto.
<p>TRADUCCIÓN: No hay evidencia clara que un medicamento tocolítico mejore el resultado perinatal y por ello no es razonable el uso de estos. Como sea la tocolisis debe ser considerada para ganar unos días por ejemplo para</p>	A		<p>Dra Yolanda Benítez</p> <p>Reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, retrasando el parto con el uso de corticoesteroides</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>embarazo por más de 7 días pero no con suficiente significado del parto pretérmino y no esta claro el efecto con la morbilidad neonatal.</p>			<p>tiempo y peso para su nacimiento</p> <p>Dra Marina Montañez</p> <p>El uso de tocolíticos si te ayuda a ganar mas de 7 días, en embarazos pretérmino</p> <p>Dra Dacia Orozco</p> <p>El beneficio del uso de los tocolíticos esta dado para ganar peso y mejoría en inductores de madurez pulmonar</p> <p>Dra Ariela Montes</p>
<p>ORIGINAL: Tocolysis may be considered for women with suspected preterm labour who have had an otherwise uncomplicated pregnancy. It is reasonable not to use any</p>	<p>B</p>	<p>¿Cuándo debes usar tocolíticos?</p>	<p>Cuando haya actividad uterina en embarazos menor de 34 semanas.</p> <p>Dra</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>tocolytic drug.</p> <p>Women most likely to benefit from use of a tocolytic drug are those who are in very preterm labour, those needing transfer to a hospital which can provide neonatal intensive care and those who have not yet completed a full course of corticosteroids.</p> <p>Tocolysis should not be used where there is a contraindication to prolonging pregnancy.</p> <p>TRADUCCIÓN: Tocolisis puede ser considerada para las mujeres con sospecha de trabajo de parto prematuro. Es razonable no utilizar ningún fármaco tocolítico.</p> <p>Las mujeres con más probabilidades de beneficiarse del uso de un fármaco tocolítico son las que están en trabajo de parto muy prematuro, las pacientes que tienen</p>	<p>B</p>		<p>Yolanda Benítez</p> <p>Cuando haya actividad uterina con o sin modificaciones cervicales en un embarazo de 20.1-36.6 semanas o con peso igual o mayor a 500 gr.</p> <p>Dr Juan Sepulveda</p> <p>En todas las pacientes con actividad uterina con embarazo pretérmino</p> <p>Dra Marina Montañez</p> <p>Cuando haya actividad uterina en embarazos menor de 34 semanas presentando modificaciones cervicales</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
estudios suficientes.			<p>con parto pretérmino previo.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>El uso de betamiméticos como la orciprenalina han presentado mejor respuesta en pacientes del hospital.</p> <p>Dra Ariela Montes</p> <p>No podemos comparar ningún medicamento con Atosibán ya que no contamos con este en el hospital.</p> <p>Dra Dacia Orozco</p> <p>No hay Atosibán en hospital, no hemos realizado</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			estudios de nifedipino vs orciprenalina. Dr Sergio Castañeda
<p>ORIGINAL Beta-agonists reduce the risk of giving birth within 48 hours (11 trials, 1320 women; RR 0.63; 95% CI 0.53–0.75) compared with placebo, 13 but there is no clear evidence that they are anymore effective at preventing preterm birth than other tocolytic drugs. 14, 15 A Cochrane review comparing calcium channel blockers with other tocolytic drugs included 12 trials with 1029 women. 14 In ten of these trials, oral nifedipine was the calcium channel blocker and in eight the comparator was intravenous ritodrine. The use of calcium channel blockers, rather than other tocolytic drugs, was associated with a reduction in the number of women giving birth within 7</p>	<p>1+</p>	<p>¿Cuáles tocolíticos son la mejor opción de tratamiento para la inhibición de la amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Los beta-agonistas si reducen actividad uterina, contando con buena disponibilidad de estos en el hospital, sin embargo, todos los estudios sobre ellos están con ritodrina y no con orciprenalina, que es lo que tenemos en hospital. Dra Ariela Montes Los beta-agonistas, son bien tolerados</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>days of receiving treatment (RR 0.76; 95% CI 0.60–0.97) and before 34 weeks of gestation (RR 0.83; 95% CI 0.69–0.99) compared with other tocolytic drugs.</p> <p>TRADUCCIÓN Los beta-agonistas pueden reducir el riesgo de parto en 48 horas (11 ensayos, 1320 mujeres, RR: 0,63;95% CI 0.53 a 0.75) en comparación con placebo, pero no hay ninguna evidencia clara de que son más eficaces en la prevención del parto prematuro que otro tocolítico. Una revisión Cochrane comparó calcio antagonistas con otros fármacos tocolíticos incluido en 12 ensayos con 1029 mujeres. En diez de estos ensayos, la nifedipino oral fue el calcio antagonista utilizado y en ocho el comparador fue ritodrina intravenosa. El uso de calcio antagoignista en lugar de</p>	<p>1+</p>		<p>por las pacientes de hospital, sin embargo, aquí observamos que aun así es mejor nifedipino.</p> <p><i>Dra Nadia Hirales</i></p> <p>La orciprenalina es el beta-agonista que tenemos en el hospital, sin embargo, presenta muchos efectos secundarios.</p> <p><i>Dr Sergio Castañeda</i></p> <p>De los tocolíticos vía oral, de los cuales contamos nosotros el nifedipino, y la orciprenalina, no han demostrado</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>otros fármacos tocolíticos, se asoció con una reducción en el número de mujeres de termino de embarazo dentro de los 7 días después de recibir el tratamiento (RR 0,76, IC 95% 0,60 a .97) y antes de 34 semanas de gestación (RR 0,83, IC 95% 0,69 a 0,99) en comparación con otros fármacos tocolíticos.</p>			<p>diferencia. Dra Dacia Orozco</p>
<p>ORIGINAL The suggested dose of nifedipine is an initial oral dose of 20 mg followed by 10–20 mg three to four times daily, adjusted according to uterine activity for up to 48 hours. A total dose above 60 mg appears to be associated with a three- to four-fold increase in adverse events.</p> <p>A suggested dose of Atosibán of an initial bolus dose of 6.75 mg over 1 minute, followed by an infusion of 18 mg/hour for 3 hours, then 6 mg/hour for up to 45 hours (to a maximum</p>	<p>A</p>	<p>¿Cuales tocolíticos son la mejor opción para el manejo de amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Orciprenalin a y nifedipino, no contamos con atosibán ni terbutalina en el hospital Dra Yolanda Benitez</p> <p>Orciprenalin a y nifedipino, no contamos con atosibán ni terbutalina, aunque también, deberíamos utilizar progesterona,</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>of 330 mg).</p> <p>TRADUCCIÓN La dosis sugerida de nifedipino es una dosis oral inicial de 20 mg seguida de 10-20 mg tres a cuatro veces al día, ajustado de acuerdo con la actividad uterina durante un máximo de 48 horas. Una dosis total por encima de 60 mg parece ser asociada con una de tres a cuatro veces mayor en los eventos adversos.</p> <p>Una dosis sugerida de Atosibán de una dosis inicial en bolo de 6,75 mg durante 1 minuto, seguido de una infusión de</p> <p>18 mg / hora durante 3 horas, luego 6 mg / hora durante hasta 45 horas (hasta un máximo de 330 mg).</p>	A		<p>en pacientes con factores de riesgo</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>El uso de nifedipino, así como, orciprenalina vía oral por 7 días hemos visto que si retrasa un poco más de tiempo el parto.</p> <p>Dr Sergio Castaneda</p> <p>No contamos con atosibán para su empleo.</p> <p>Dra Ariela Montes</p>
<p>ORIGINAL Magnesium sulphate for prevention of preterm birth has been evaluated in 23 trials with 2036 women.¹⁵ In these</p>	1 +	¿Qué función tiene el sulfato de magnesio en el parto pretérmino?	Se ha visto que se encuentran más efectos adversos que

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>trials, exposure to magnesium sulphate was associated with an increased risk of fetal, neonatal or infant death (seven trials, 727 infants; RR 2.82; 95% CI 1.20–6.62).</p> <p>TRADUCCIÓN: Sulfato de magnesio para prevenir el nacimiento prematuro ha sido evaluado en 23 ensayos con 2036 mujeres. En estos ensayos, la exposición a sulfato de magnesio se asoció con un aumento riesgo de muerte fetal, neonatal o infantil (siete ensayos, 727 neonatos, RR 2,82, IC 95% 1.20-6.62).</p>	<p>1+</p>		<p>beneficio</p> <p>Dra Yolanda Benitez</p> <p>El Sulfato de Magnesio, no presenta ningún beneficio, en comparación con otros tocolíticos</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>Aunque haya estudios que digan que su empleo no mejora el porvenir neonatal, aquí hemos visto que si, se logra una uteroinhibición cuando otros tocolíticos no han funcionado empleándose como última opción.</p> <p>Dra Ariela Montes</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>ORIGINAL Magnesium sulphate is associated with adverse effects for the woman but, as it is ineffective in delaying preterm birth, it should not be used.</p> <p>TRADUCCIÓN: El sulfato de magnesio se asocia con efectos adversos para la mujer pero, como no es efectivo en retrasar parto prematuro, no debe ser utilizado.</p>		<p>¿Qué función tiene el sulfato de magnesio en el parto pretérmino?</p>	<p>Los recién nacidos al momento de nacimiento con Hipotonía y depresión.</p> <p>Dra Yolanda Benítez</p> <p>El calcio, en la placa motora bloquea la liberación de acetil colina impidiendo la despolarización de membrana y así impide contractilidad uterina.</p> <p>Dr Juan Sepulveda</p> <p>No se ha visto, ninguna modificación de nacimientos de cambios en el hospital contra otros tocolíticos.</p> <p>Dra Marina</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			<p>Montañez</p> <p>Ninguna.</p> <p>Dr Sergio Castañeda</p>
<p>ORIGINAL: Use of a tocolytic drug is not associated with a clear reduction in perinatal or neonatal mortality, or neonatal morbidity.</p> <p>TRADUCCIÓN: El uso de tocolíticos no está claramente asociado a mayor porvenir perinatal.</p>	<p>A</p> <p>A</p>	<p>¿Cuáles son las principales secuelas de los tocolíticos en los recién nacidos?</p>	<p>En el hospital no se ha visto ningún cambio.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p>
<p>ORIGINAL: The comparative effects for the baby of alternative drugs are unclear. Most drugs have been compared with beta-agonists. There are insufficient data on long-term follow-up for reliable conclusions about the effects on the baby for any of these tocolytic drugs.</p> <p>TRADUCCIÓN: Los efectos comparativos para el bebé de los tocolíticos no</p>	<p>A</p> <p>A</p>	<p>¿Cuáles son las principales secuelas de los tocolíticos en los recién nacidos?</p>	<p>No se han estudiado claramente.</p> <p>Dra Yolanda Benítez</p> <p>No se han estudiado claramente.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>No hemos visto ninguna.</p> <p>Dra Dacia Orozco</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>fewest adverse effects, both immediate and long-term. Ritodrine was widely used in the past in the UK and is still in common use in some parts of the world. It has been the most thoroughly evaluated in trials but, like all beta-agonists, it has a high frequency of unpleasant and sometimes severe or potentially lifethreatening adverse effects for the woman. In recent years there has therefore been considerable interest in identifying a safer alternative.</p> <p>Common adverse effects when beta-agonists are compared with placebo include palpitations (38% for beta-agonists compared with 4% for placebo), tremor (39% compared with 4%), nausea or vomiting (21% compared with 12%), headache (19% compared with 5%), chest pain (10% compared with 1%) and</p>	<p>1+</p>		<p>que se presentan en el hospital, sin embargo, no hemos realizado ningún estudio al respecto ni tampoco hemos tenido ningún efecto tan adverso que lleve a la muerte materna.</p> <p><i>Dra Cristal Valenzuela</i></p> <p>El principal efecto adverso, que hemos visto es de los betamiméticos es la taquicardia materna, y fetal, del nifedipino es la cefalea, sin encontrar nunca complicaciones causantes de muerte</p> <p><i>Dr Sergio Castañeda</i></p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>dyspnoea (14% compared with 3%).Women allocated beta-agonists were far more likely to stop treatment because of adverse effects than those allocated placebo (five trials, 1081 women; RR 11.38; 95% CI 5.21–24.86).¹³ Rare but serious and potentially lifethreatening adverse effects have been reported following beta-agonist use and there are case reports of a small number of maternal deaths associated with use of these drugs. Pulmonary oedema is a well-documented complication, usually associated with aggressive intravenous hydration. A systematic review reported one case of pulmonary oedema among 852 women (1/425 beta-agonists compared with 0/427 placebo).</p> <p>Fewer types of adverse effects are reported for the other tocolytic drugs and</p>	<p>1+</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>adverse effects are nausea (11% for Atosibán compared with 5% for placebo), vomiting (3% compared with 4%), headache (5% compared with 7%), chest pain (1% compared with 4%) and dyspnoea (0.4% compared with 3%). Only nausea was statistically significantly increased (OR 2.28, 95% CI 1.26–4.13).⁵ Women allocated Atosibán were also more likely to stop treatment because of adverse effects than those allocated placebo (two trials, 613 women; RR 4.02; 95% CI 2.05–7.85).⁷ A common reason for stopping treatment was injection site reactions. Compared with beta-agonists, however, fewer women allocated Atosibán stop treatment because of adverse effects (RR 0.04; 95% CI 0.02–0.11; number needed to treat 6; 95% CI 5–7). Atosibán has not been compared with</p>	<p>A</p> <p>B</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>calcium antagonists in randomised trials.</p> <p>Diabetes and cardiac disease are not contraindications to Atosibán.</p> <p>COX inhibitors are well tolerated by the women and, when compared with placebo, there is no clear effect on the need to discontinue treatment (three trials, 101 women; RR 1.58; 95% CI 0.66–3.78).¹⁷ When compared with other tocolytic drugs, COX inhibitors were associated with fewer women needing to stop treatment because of adverse effects (five trials, 355 women; RR 0.07; 95% CI 0.02–0.29).</p> <p>Adverse effects (other than headache) were reduced in women who received the nitroglycerine, a nitric oxide donor, rather than ritodrine, albuterol or magnesium sulphate but headache was increased.</p>	<p>1+</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>comparación con el 4% para placebo), temblor (39% frente al 4%), náuseas o vómitos (21% frente al 12%), cefalea (19% frente al 5%), dolor torácico (10% en comparación con el 1%) y disnea (14% frente al 3%). Las mujeres asignadas con beta-agonistas eran mucho más propensas a interrumpir el tratamiento debido a los efectos adversos que los asignados a placebo.</p> <p>(Cinco estudios clínicos, 1081 mujeres, RR 11,38; IC 95%: 5,21 a 24,86). Poco frecuentes pero graves y potencialmente mortal efectos adversos se han reportado después del uso de beta-agonistas y hay informes de un número pequeño de muertes maternas relacionadas con el uso de estos fármacos. Edema Pulmonar es una complicación bien documentada, por lo general asociado con una</p>	<p>1+</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>hidratación intravenosa agresiva. Una revisión sistemática informó un caso de edema pulmonar entre 852 mujeres (1/425 beta-agonistas en comparación con 0/427 placebo).</p> <p>Menos tipos de efectos adversos son reportados por los otros fármacos tocolíticos y se producen menor frecuencia. Ningún ensayo ha comparado los antagonistas del calcio con placebo para el tratamiento de trabajo de parto pretérmino. En comparación con otros fármacos tocolíticos (ritodina en la mayoría de los ensayos),</p> <p>Los bloqueadores de canales de calcio se asocian con menos efectos adversos (RR 0,32, IC 95% 0.24-0.41) y menos necesidad de interrumpir el tratamiento debido a efectos adversos (RR 0,14, IC 95% 0.05-0,36) 0,14. Los efectos adversos para el nifedipino, el calcio</p>	<p>B</p> <p>1+</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>antagonista más ampliamente utilizado, incluyen palpitaciones, náuseas y vómitos e hipotensión. Nifedipino está contraindicado si la mujer tiene una enfermedad cardíaca y debe ser usado con precaución si tiene diabetes o embarazo múltiple, debido al riesgo de edema pulmonar</p> <p>Con Atosibán, informaron los efectos adversos son las náuseas (11% para Atosibán en comparación con el 5% de placebo), vómitos (3% frente al 4%), cefalea (5% frente al 7%), dolor torácico (1% en comparación con el 4%) y disnea (0,4% frente al 3%). Las náuseas sólo son estadísticamente significativa mayor (OR 2,28, IC del 95% 1.26 a 4.13), mujeres asignadas Atosibán también fueron más propensas de interrumpir el tratamiento debido a los efectos adversos que los</p>	<p>1+</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>asignados a placebo (dos ensayos, 613 mujeres, RR 4.02, IC 95% 2.05-7.85) 0.7. Una razón común para la interrupción del tratamiento fue la reacción en el sitio de aplicación en comparación con beta-agonistas, sin embargo, un menor número de mujeres asignadas para Atosibán presentaron efectos adversos (RR 0,04, IC 95% 0.02-0.11; número necesario a tratar fue de 6 pacientes; 95% CI 5-7). Atosibán no se ha comparado con los antagonistas del calcio en ensayos aleatorios.</p> <p>La diabetes y la enfermedad cardíaca no son contraindicaciones para Atosibán.</p> <p>Inhibidores de la COX son bien tolerados por las mujeres y, en comparación con el placebo, no hay efecto claro sobre la necesidad de interrumpir el tratamiento (tres ensayos,</p>	<p>1+</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>101 mujeres, RR 1.58, IC 95% 0.66-3.78) En comparación con otros fármacos tocolíticos, los inhibidores de la COX se asociaron con menor numero de mujeres que necesitan interrumpir el tratamiento debido a efectos adversos (cinco ensayos, 355 mujeres, RR 0,07, IC 95% 0.02-0.29).</p> <p>Se redujeron los efectos adversos (que no sea dolor de cabeza) en las mujeres, que recibieron la nitroglicerina, un Sulfato nítrico donante de óxido, en lugar de ritodrina, salbutamol ó magnesio, pero dolor de cabeza aumento.</p> <p>El sulfato de magnesio se asocia con mayor efecto adverso para la mujer pero, como no es efectivo en retrasar parto prematuro, no debe ser utilizado.</p> <p>El uso de más de un tipo de tocolítico en combinación con otro parece aumentar el</p>	<p>1+</p> <p>B</p> <p>1+</p>		

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
riesgo de efectos adversos y así debe ser evitado.			

Classification of evidence levels	Grades of recommendations
<p>1++ High-quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a very low risk of bias</p> <p>1+ Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a low risk of bias</p> <p>1- Meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a high risk of bias</p> <p>2++ High-quality systematic reviews of case-control or cohort studies or high-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal</p> <p>2+ Well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal</p> <p>2- Case-control or cohort studies with a high risk of confounding, bias or chance and a significant risk that the relationship is not causal</p> <p>3 Non-analytical studies, e.g. case reports, case series</p> <p>4 Expert opinion</p>	<p>A At least one meta-analysis, systematic review or randomised controlled trial rated as 1++ and directly applicable to the target population; or A systematic review of randomised controlled trials or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+ directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results</p> <p>B A body of evidence including studies rated as 2++ directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+</p> <p>C A body of evidence including studies rated as 2+ directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++</p> <p>D Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+</p> <p>Good practice point</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group</p>

GUÍA CLÍNICA

ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol.
Committee on Practice Bulletin

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>ORIGINAL: The positive predictive value or a positive fetal fibronectin test result or a short cervix alone is poor and should not be used exclusively to direct management in the setting of acute symptoms</p> <p>TRADUCCIÓN: El valor predictivo positivo ó un resultado positivo en la prueba de fibronectina fetal ó un cuello uterino corto por sí sola son pobres y no deben ser utilizados exclusivamente para el manejo de síntomas agudos.</p>		<p>¿Cuáles son los principales factores de riesgo, para presentar amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Parto pretérmino previo, embarazo mas DIU, predisposición genética, malformaciones uterinas, polihidramnios, embarazo multiple, estado socioeconómico, estado nutricional, actividad física, predisposición genética, hemorragia de la 2da mitad del embarazo.</p> <p>Dr Juan Sepulveda</p> <p>No tenemos fibronectina, y no podemos</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			<p>realizar este estudio.</p> <p><i>Dra Marina Montañez</i></p> <p>No contamos con fibronectina fetal ni les realizamos ultrasonido endovaginal a todas las pacientes con amenaza y/o factores de riesgo de parto pretérmino.</p> <p><i>Dra Cristal Valenzuela</i></p> <p>Edades extremas de la vida, así como, nivel socioeconómico bajo, hemos visto que son las pacientes con mayor recaída a la sintomatología, por el poco</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			<p>apego al tratamiento médico.</p> <p>Dra Nadia Hirales</p> <p>Existen pacientes con factores de riesgo, los cuales no se documentan por no contar con el material en el hospital.</p> <p>Dra Dacia Orozco</p> <p>Pacientes con poco nivel sociocultural.</p> <p>Dr Sergio Castañeda</p>
<p>ORIGINAL: Identifying women with preterm labor who ultimately will give birth preterm is difficult. Approximately 30 % of preterm labor spontaneously resolves and 50 % of patients hospitalized for preterm labor actually give</p>		<p>¿Cuáles son los criterios de manejo hospitalario y ambulatorio de paciente con amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Pacientes de bajo riesgo o sin factores de riesgo y que solo presentan actividad uterina sin modificaciones cervicales, se da</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>birth at term. Interventions to reduce the likelihood of delivery should be reserved for women with preterm labor at a gestational age at which a delay in delivery will provide benefit to the newborn. Because tocolytic therapy generally is effective for up to 48 hrs, only women with fetuses that would benefit from a 48 hrs delay in delivery should receive tocolytic treatment.</p> <p>In general, tocolytics are not indicated for use before neonatal viability.</p> <p>TRADUCCIÓN: Identificar mujeres con trabajo de parto prematuro que en última instancia es difícil. Aproximadamente el 30% de las amenazas de parto prematuro se resuelven espontáneamente y el 50% de los pacientes hospitalizados por trabajo de parto pretérmino en realidad darán un producto a término. Las intervenciones para</p>			<p>manejo ambulatorio y se reevalora en 3-6 hrs y si las contracciones ceden, se continúa con manejo ambulatorio, y se hospitalizará en caso de presentar modificaciones cervicales, o a toda paciente de alto riesgo.</p> <p>Dr Juan Sepulveda</p> <p>Toda paciente con modificaciones cervicales con embarazo pretérmino se debe hospitalizar, y sin modificaciones cervicales se debe valorar</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>reducir la probabilidad de parto debe reservarse para las mujeres con trabajo de parto pretérmino a una edad gestacional en la que un retraso en la entrega proporcionará beneficios para el recién nacido. El tratamiento tocolítico en general es eficaz hasta por 48 horas, sólo las mujeres con fetos que se beneficiarían de un retraso de 48 horas en el parto reciban tocolíticos</p> <p>En general, tocolíticos no están indicados para su uso antes de la viabilidad neonatal.</p>			<p>tanto la actividad uterina y los factores de riesgo y así valorar su manejo</p> <p><i>Dra Cristal Valenzuela</i></p> <p>Toda paciente con actividad úterina demostrable con embarazo pretérmino</p> <p><i>Dra Nadia Hiraes</i></p> <p>Paciente con embarazo pretérmino con actividad úterina y modificaciones cervicales</p> <p><i>Dra Ariela Montes</i></p>
<p>ORIGINAL: No evidence exist to support the use of prophylactic tocolytic therapy, home uterine activity monitoring, cerclage</p>		<p>¿Cuáles son las indicaciones para el uso de tocolíticos?</p>	<p>Determinar edad gestacional con ultrasonido del primer trimestre</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>or nadcotics to prevent preterm delivery in women with preterm contractions without cervical change, especially those with a cervical dilation of less tan 2 cm, generally should not be treated with tocolytics</p> <p>TRADUCCIÓN: No existe evidencia para apoyar el uso de tocolíticos profilacticos, ni monitorización domiciliaria, cerclaje o el uso de estos medicamentos para prevenir el parto pretérmino en mujeres con contracciones prematuras sin cambio cervical, especialmente aquellos con una dilatación cervical menor de 2 cm generalmente no deben recibir tratamiento.</p>			<p>en caso de tenerse, se intentara identificar causa e iniciar manejo según proceda.</p> <p>Dr Juan Sepulveda</p> <p>Conocer extactamente edad gestacional, y descartar que exista una contraindicacion para tocolisis, se iniciara manejo ya sea hospitalaria o ambulatorio</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>Las mismas indicaciones que hospitalización</p> <p>Dra Nadia Hiraes</p> <p>Toda paciente con actividad uterina</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			<p>demostrable con ó sin modificaciones cervicales las cuales se le puede también dar manejo ambulatorio</p> <p><i>Dra Ariela Montes</i></p>
<p>ORIGINAL: The use of tocolytics to inhibit preterm labor in multiple gestationc has been associated with a greater risk of maternal complications, such as pulmonary edema. In addition prophylactic tocolytycs have not been shown to reduce the risk of preterm birth or improve neonatal outcomes in women with multiple gestations. Adequate data do not exist to specifically demonstrate benefit from the use of antenatal corticosteroids in multiple gestations. However, because of the clear benefit</p>		<p>¿Cuando se debe utilizar tocolíticos en embarazo multiple?</p>	<p>El uso de tocolíticos en embarazos múltiples debe ser similar a las indicaciones de embarazo único, sin embargo, esta bien comprobado que lo embarazos multiples tienen mayor probabilidad de ser prematuros, por lo mismo, se debe de utilizar esquema de inductores de</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>attributable to the use of antenatal corticosteroids in singleton gestations, most experts recommend their use in preterm multiple gestations. Similar extrapolation could also apply to the use of magnesium sulfate for fetal neuroprotection in multiple gestations.</p> <p>TRADUCCIÓN: El uso de tocolíticos para inhibir la amenaza parto prematuro en gestación múltiple se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones en la madre, tales como edema pulmonar. Además la tocolisis profiláctica no ha demostrado reducir el riesgo de parto prematuro ó mejorar los resultados neonatales en mujeres con gestaciones múltiples. No hay evidencia para demostrar específicamente el beneficio de uso de corticosteroides prenatales en embarazos múltiples. Sin</p>			<p>madurez pulmonar para mejorar el porvenir neonatal.</p> <p><i>Dra Cristal Valenzuela</i></p> <p>Mismas indicaciones que en embarazo único.</p> <p><i>Dr Sergio Castañeda</i></p> <p>En Embarazo múltiples, ya sean gemelos o trillizos, hay aumento de productos pretérmino por lo que debe utilizarse casi de forma profiláctica</p> <p><i>Dra Ariela Montes</i></p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>embargo, debido a la clara ventaja atribuible al uso de corticoides prenatales en embarazos con feto único, la mayoría de los expertos recomiendan su uso en prematuros de gestaciones múltiples. Extrapolación similar podría aplicarse también a la utilización de sulfato de magnesio para la neuroprotección del feto en los embarazos múltiples.</p>			
<p>ORIGINAL: Maintenance therapy with tocolytics is ineffective for preventing preterm birth and improving neonatal outcomes and is not recommended for this purpose.</p> <p>TRADUCCIÓN: Mantener la terapia con tocolíticos es ineficaz para prevenir el parto prematuro y mejorar los resultados neonatales por lo que no se recomienda para este fin.</p>		<p>¿Cuáles son los criterios de manejo hospitalario y ambulatorio de la amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Hospitalizar a toda paciente con modificaciones cervicales, y/o factores de riesgo y valorar manejo ambulatorio a pacientes sin modificaciones cervicales y sin factores de riesgo, así mismo, no es recomendado continuar</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			<p>manejo con medicamento tocolítico después de las 48 hrs.</p> <p>Dra Yolanda Benítez</p> <p>Los criterios de manejo ambulatorio, no ayuda a reducir costos de hospitalización, viendo buenos resultados en nuestra población.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>El manejo ambulatorio muchas veces se lleva poco apego a este y más en nuestra población.</p> <p>Dra Nadia Hirales</p>
ORIGINAL: The evidence	A	¿Cuáles son los	Atosibán sin

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>supports the use of first-line tocolytic treatment with beta-adrenergic agonist therapy, calcium channel blockers or NSAIDs for short-term prolongations of pregnancy (up to 48 hrs) to allow for the administration of antenatal steroids.</p> <p>TRADUCCIÓN: La evidencia apoya el uso de la primera línea tocolítico con agonistas beta-adrenérgicos, antagonista de canales de calcio o AINEs para prolongaciones del embarazo a corto plazo (hasta 48 horas) para permitir la administración de esteroides prenatales.</p>	A	<p>tolíticos de elección para la amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>embargo no contamos con este en hospital por lo que nuestra mejor opción es Nifedipino.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>Nifedipino y orciprenalina dependiendo del caso.</p> <p>Dra Yolanda Benítez</p> <p>Beta-agonistas son mejor resultado obstétrico al intentar detener un parto pretérmino.</p> <p>Dra Ariela Montes</p>
<p>ORIGINAL: The most beneficial intervention for improvement of outcome among patients who give birth preterm is the administration</p>		<p>Cuando y qué finalidad tienen los inductores de madurez pulmonar en parto</p>	<p>A toda paciente con embarazo de 24-34 semanas con factores de</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>of antenatal corticosteroids. A single course of cortosteroids is recommended for pregnant women between 24 weeks of gestation and 34 weeks of gestation who are risk of preterm delivery within 7 days.</p> <p>TRADUCCIÓN: La intervención más beneficiosa entre pacientes de parto prematuro es la administración de corticosteroides prenatales. Un único ciclo de cortosteroides se recomienda para mujeres embarazadas entre las 24 semanas de gestación y 34 semanas de gestación que tienen riesgo de parto prematuro dentro de los 7 días siguientes.</p>		<p>pretérmino?</p>	<p>riesgo ó amenaza de parto pretérmino se deben aplicar inductores de madurez pulmonar.</p> <p>Dr Juan Sepulveda</p> <p>En embarazos de 24-34 semanas con la finalidad de intentar disminuir lo mas posible, las complicaciones respiratorias de un recién nacido pretérmino.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>Toda paciente con posibilidad de parto prematuro, debería recibir inductores de madurez pulmonar.</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			<p><i>Dra Nadia Hiraes</i></p> <p>Toda paciente con algún factor de riesgo, para parto pretérmino debería recibir esquema de inductores de madurez pulmonar.</p> <p><i>Dr Sergio Castañeda</i></p>
<p>ORIGINAL:</p> <p>Betamethasone and dexamethasone are the most widely studied corticosteroids and have been the preferred antenatal treatments to accelerate fetal organ maturation. The administration of betamethasone or dexamethasone has been shown to decrease neonatal mortality. Treatment, for either a primary or rescue course, should consist of</p>		<p>¿Cuándo y qué finalidad tienen los inductores de madurez pulmonar en el parto pretérmino?</p>	<p>Los esquemas aquí señalados son similares en toda literatura, así como, los que se utilizan en el hospital.</p> <p><i>Dra Yolanda Benítez</i></p> <p>Esquema de inductores empleado en hospital, es similar basados</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>either two 12-mg doses of betametasone given intramuscularly 24 hr apart or four 6-mg doses of dexamethasone every 12 hr administered intramuscularly. Because treatment with cortosteroids for less than 24 hrs is still associated with significant reductions in neonatal morbidity and mortality, a first dose of antenatal corticosteroids should still be administered even if the ability to give the second dose is unlikely, based on the clinical scenario. However, no additional benefit has been demonstrated for courses of antenatal steroids with dosafe intervals shorter than those outlined previously, often referred to as accelerated dosing, even when delivery apperars imminent.</p> <p>TRADUCCIÓN: Betametasona y dexametasona son los</p>			<p>básicamente en betametasona y dexametasona aunque a veces no se cumple con el tiempo de latencia del medicamento señalado.</p> <p>Dra Ariela Montes</p> <p>Estos son los esquemas utilizados en hospital, aunque también, deberíamos en ocasiones, emplear hidrocortisona cuando conocemos que el parto pretérmino es casi inminente.</p> <p>Dr Sergio Castañeda</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>corticoides más estudiados y han sido los preferidos como inductores de maduración de los órganos fetales. La administración de betametasona o dexametasona se ha demostrado que disminuye la mortalidad neonatal. El tratamiento, ya sea para un curso de primaria o de rescate, consiste en dos dosis de 12 mg de betametasona por vía intramuscular separadas por 24 horas o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona cada 12 horas administrada intramuscular. Dado que el tratamiento con cortosteroides por menos de 24 horas todavía se asocia con una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad neonatal, una primera dosis de corticosteroides prenatales todavía se debe administrar, incluso si la capacidad de dar la segunda dosis es</p>			

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>poco probable, según la situación clínica. Sin embargo, ningún beneficio adicional ha sido demostrado para los cursos de esteroides prenatales con intervalos más cortos de los descritos anteriormente.</p>			
<p>ORIGINAL: When symptoms of possible preterm labor were present, clinicians recommended reduced maternal activity and hydration with or without sedative, with the aim of reduction uterine activity. Most experts advocated awaiting cervical dilation or effacement before administering tocolytic drugs. However, prophylactic therapy in asymptomatic women at increased risk of preterm delivery has not been demonstrated to be effective. Although bed rest and hydration have been recommended to women with symptoms of preterm labor delivery, these</p>		<p>¿Cuál es el rol del manejo no farmacológico en pacientes quienes presentan amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>El reposo por la fuerza de gravedad, que ejerce el feto sobre el cérvix, hace que aumente el riesgo de la actividad uterina, por lo que se recomienda a toda la paciente con síntomas de amenaza de parto pretérmino.</p> <p>Dr Juan Sepulveda</p> <p>Es un rol importante, ya que es un</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>measures have not been shown to be effective for the prevention of preterm birth and should not be routinely recommended.</p> <p>TRADUCCIÓN: Cuando se presentan síntomas de parto pretérmino, los médicos recomendaban reducción de la actividad y la hidratación materna con o sin sedante, con el objetivo de reducir la actividad uterina. La mayoría de los expertos abogó esperar dilatación cervical o borramiento antes de la administración de fármacos tocolíticos. Sin embargo, la terapia profiláctica en mujeres asintomáticas con riesgo elevado de parto pretérmino no se ha demostrado ser eficaz. Aunque el reposo en cama y la hidratación se han recomendado para las mujeres con síntomas de trabajo de parto pretérmino, estas medidas no han</p>			<p>manejo mas barato, sin embargo, es poco seguido o mal seguido por la paciente por lo que se encuentra su baja eficacia.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p> <p>Múltiples serían las causas por las cuales las pacientes deberían de guardar reposo, en un embarazo y entre ellas es que las paciente presenten amenaza de parto pretérmino.</p> <p>Dra Ariela Montes</p> <p>Las medidas higienico-dieteticas son</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>demostrado ser eficaces para la prevención del parto prematuro y no debe recomendarse de forma rutinaria.</p>			<p>un importante factor agregante para la remisión de la amenaza de parto pretérmino así como para que esta termine en un parto pretérmino</p> <p><i>Dra Nadia Hiraes</i></p>
<p>ORIGINAL: Bed rest and hydration have not been shown to be effective for the prevention of preterm birth and should not be routinely recommended.</p> <p>TRADUCCIÓN: El reposo en cama y la hidratación no han demostrado ser efectivos para la prevención del parto pretérmino y no debe ser recomendado rutinariamente</p>		<p>¿Cuál es el rol del manejo no farmacológico en pacientes quienes presentan amenaza de parto pretérmino?</p>	

The MEDLINE database, the Cochrane Library, and the American College of Obstetricians and Gynecologists' own internal resources and documents were used to conduct a literature search to locate relevant articles published between January 1990 and October 2008. The search was restricted to articles published in the English language. Priority was given to articles reporting results of original research, although review articles and commentaries also were consulted. Abstracts of research presented at symposia and scientific conferences were not considered adequate for inclusion in this document. Guidelines published by organizations or institutions such as the National Institutes of Health and the American College of Obstetricians and Gynecologists were reviewed, and additional studies were located by reviewing bibliographies of identified articles. When reliable research was not available, expert opinions from obstetrician-gynecologists were used.

Studies were reviewed and evaluated for quality according to the method outlined by the U.S. Preventive Services Task Force:

- I Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial.
- II-1 Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization.
- II-2 Evidence obtained from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group.
- II-3 Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence.
- III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.

Based on the highest level of evidence found in the data, recommendations are provided and graded according to the following categories:

Level A—Recommendations are based on good and consistent scientific evidence.

Level B—Recommendations are based on limited or inconsistent scientific evidence.

Level C—Recommendations are based primarily on consensus and expert opinion.

GUÍA CLÍNICA

Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>ORIGINAL: Algunos factores de parto pretérmino son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto pretérmino. - Aborto habitual - Anormalidades uterinas - Incompetencia cervical - Ruptura prematura de membranas 	III	¿Cuáles son los principales factores de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino?	<p>Estos son algunos factores de riesgo, también, podemos encontrar otros como los antes señalados.</p> <p>Dr Sergio Castañeda</p> <p>La ruptura de membranas es, una contraindicación de tocolisis siempre y cuando la única indicación sea el esperar el término de esquema de inductores de madurez pulmonar.</p> <p>Dra Dacia Orozco</p>
ORIGINAL: El factor de riesgo mas importante es	B	¿Cuáles son los principales	También, deberíamos

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
parto pretérmino previo		factores de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino?	<p>pensar en el nivel socioeconómico y cultural.</p> <p>Dra Dacia Orozco</p> <p>Aunque el parto pretérmino sea el más importante, la suma de otros factores de riesgo en nuestra población tiene la misma importancia.</p> <p>Dra Nadia Hiraes</p>
ORIGINAL: Los síntomas y signos de parto pretérmino no son específicos y la exploración física del cérvix es subjetiva e inexacta para el diagnóstico temprano de esta entidad nosológica	B	¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la amenaza de parto pretérmino?	<p>Embarazo pretérmino, con actividad uterina demostrable con o sin modificaciones cervicales.</p> <p>Dra Cristal Valenzuela</p>
ORIGINAL: Se considera la presencia de una amenaza de parto pretérmino uno o más de los	IIa	¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la amenaza de parto	<p>Valorar adecuadamente edad gestacional, a partir de la cual</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
			<p>cuenta con factores de riesgo hay que hospitalizar si no el manejo puede ser ambulatorio.</p> <p>Dr Sergio Castañeda</p>
<p>ORIGINAL: La amniocentesis puede ser usada en mujeres con amenaza de parto pretérmino, para valorar madurez pulmonar fetal e infección intraamniótica.</p>	<p>II2</p>	<p>¿Qué pruebas se deben utilizar en pacientes con amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>Todas las pruebas necesarias para valorar la edad gestacional, así como, madurez pulmonar.</p> <p>Dra Dacia Orozco</p> <p>Medición de longitud cervical y fibronectina fetal, una vez que la amenaza de parto pretérmino agudizada haya sido resuelta.</p> <p>Dr Sergio Castañeda</p>
<p>ORIGINAL: La evaluación ultrasonográfica de la longitud cervical y la</p>	<p>C</p>	<p>¿Qué pruebas se deben utilizar en pacientes con</p>	<p>En toda paciente con actividad uterina,</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
prueba de fibronectina fetal tienen elevado valor predictivo negativo; por lo tanto, el uso único o de ambas permite determinar que tipo de pacientes no requerirán tocolisis		amenaza de parto pretérmino?	o factores de riesgo se debería realizar fibronectina fetal y usg endovaginal para la medición de longitud cervical, aunque no se cuentan con todas estas pruebas en hospital. Dra Cristal Valenzuela Se pudieran implementar pero no existe en hospital Dr Sergio Castañeda
ORIGINAL: Las drogas tocolíticas pueden prolongar el embarazo de 2-7 días permitiendo la administración de esteroides para mejorar la madurez pulmonar y considerar la referencia de la madre a un tercer nivel	A	¿Qué finalidad tienen los tocolíticos para disminuir parto pretérmino?	
ORIGINAL: No utilice el	C	¿Qué pruebas	Clínica,

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
<p>ultrasonido endovaginal ni la medición de fibronectina fetal para evaluar el riesgo de todas las pacientes. La medición de la longitud cervical se realizara entre la semana 20.1 a 34 de gestación en pacientes con riesgo de parto pretérmino</p>		<p>se deben utilizar en pacientes con amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>fibronectina fetal y ultrasonido endovaginal. Dr Juan Sepulveda Clínica, fibronectina fetal y ultrasonido endovaginal, aunque no contamos con ellas en el hospital. Dra Yolanda Benítez</p>
<p>ORIGINAL: Se recomienda el uso de Terbutalina 0.25 mg subcutánea cada 20 min a 3 hrs controlando a intervalos regulares de la presión arterial y la frecuencia cardiaca de la madre, en conjunto con un control estricto de líquidos. Se recomienda uso de Indometacina 100 mg rectal de dosis inicial, con 25-50 mg VO o VR cada 4-6 hrs por máximo de 48 hrs. Solo</p>	<p>C</p>	<p>¿Qué tocolíticos son de elección para la amenaza de parto pretérmino?</p>	<p>No hay terbutalina la deberíamos cambiar por orciprenalina siendo de la misma categoría de medicamentos y así mismo la indometacina ya que solo existen supositorios de 100mg en hospital creando esto mayor</p>

RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA	PREGUNTA CLÍNICA	COMENTARIO
utilizar en embarazo con menos de 32 semanas de gestación. Atosibán se recomienda administrado con un bolo inicial de 6.7 mg, seguido de 300 mcg por min por 3 hrs, luego 100mcg por min a completar 48 hrs.			inconformidad de la paciente. Dra. Cristal Valenzuela
ORIGINAL: La fibronectina fetal se realizará entre la semana 24-34 de gestación en pacientes con riesgo de parto pretérmino.	C	¿Que pruebas se deben utilizar en pacientes con amenaza de parto pretérmino?	
ORIGINAL: No esta definido un tocolitico de primera elección para el manejo de parto pretérmino.	A	¿Cuales tocoliticos son la mejor opción de tratamiento para la inhibición de la amenaza de parto pretérmino?	

EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

* B. Hallazgos relacionados. Que después de revisar la información disponible, cumple con los límites de la búsqueda

* C. Disponibles. Que es posible obtener el documento para revisión.

* D. Seleccionados. Que se encuentran en cumplimiento los criterios A y B

SUM SEARCH 2

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
Routine prenatal care Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization. 2012 NGC: 009283	No	Si		Solo control prenatal.
Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012 PMID: 22996126; Cite	No	Si		Es sobre predicción y prevención.
[Obstetric emergencies outside hospital. Formal guidelines 2010. Emergency Care Comittee of the French Society for Anesthesia and Resuscitation]. Ann Fr Anesth Reanim. Comité des urgences de la Société française d'anesthésie et de réanimation. 2012 PMID: 22796177; Cite	No	Si		No es punto de interés.
ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. 2012 PMID: 22617615; Cite	Si	Si	Si	AGREE II calificación de 6 Si recomendada con modificaciones

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. Am J Obstet Gynecol. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with assistance of Vincenzo Berghella. 2012 PMID: 22542113; Cite	No	Si		Prevención.
Management of pregnancy in women with type 1 diabetes mellitus: guidelines of the French-Speaking Diabetes Society (Société francophone du diabète [SFD]). Diabetes Metab. French-Speaking Diabetes Society. 2012 PMID: 22521040; Cite	No	Si		No punto de interés.
[Recommendations of the Polish Gynecological Society Expert Committee regarding application of progesterone in obstetrics and gynecology]. Ginekol Pol. Polish Gynecological Society Expert Committee. 2012 PMID: 22384645; Cite	No	Si		Uso de progesterona en embarazo.
Management of labor Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization. 2011 NGC: 008574	No	Si		Trabajo de parto de término.
Tocolysis for women in preterm labour Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society. 2011 NGC: 008290	Si	Si	Si	AGREE II calificación de 6 recomendada con modificaciones.
ACR Appropriateness Criteria® assessment of gravid cervix American College of Radiology - Medical Specialty Society. 2011 NGC: 008874	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. 2011 NGC: 008575	No	Si		Embarazo de término.
Ultrasonographic cervical length assessment in predicting preterm birth in singleton pregnancies Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - Medical Specialty Society. 2011 NGC: 008532	No	Si		Predicción de Amenaza de parto Pretérmino.
Cervical cerclage Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society. 2011 NGC: 008797	No	Si		Cerclaje.
Multiple pregnancy. The management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period National Collaborating Centre for Women's and Children's Health - National Government Agency [Non-U.S.]. 2011 NGC: 008750	No	No		
Magnesium sulphate for fetal neuroprotection Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - Medical Specialty Society. 2011 NGC: 008534	No	Si		Enfocado solo sulfato de Magnesio.
[Polish Gynecological Society Expert Committee recommendations regarding application of Chela-Mag B6 Mama in obstetrics and gynecology]. Ginekol Pol. Polish Gynecological Society. 2011 PMID: 22379946; Cite	No	No		
Policy statement—Recommendations for the	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
prevention of perinatal group B streptococcal (GBS) disease. Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. 2011 PMID: 21807694; Cite				
SOGC Clinical Practice Guideline. Magnesium sulphate for fetal neuroprotection. J Obstet Gynaecol Can. 2011 PMID: 21639972; Cite	No	Si		Enfoque de sulfato de Megnesio.
SOGC Clinical Practice Guideline. Ultrasonographic cervical length assessment in predicting preterm birth in singleton pregnancies. J Obstet Gynaecol Can. 2011 PMID: 21639971; Cite	No	Si		Predicción de Amenaza de parto pretérmino
ACOG Practice Bulletin No. 120: Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Obstet Gynecol. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2011 PMID: 21606770; Cite	No	Si		Embarazo de término
Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 PMID: 21366393; Cite	No	Si	Si	Presenta Ruptura prematura de membranas
Amniocentesis and chorionic villus sampling Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society. 2010 NGC: 008281	No	No		
Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC, 2010 Centers for Disease Control and Prevention -	No	Si		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
Federal Government Agency [U.S.]. 2010 NGC: 008177				
Management of HIV in pregnancy Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Medical Specialty Society. 2010 NGC: 008280	No	No		
Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep. Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010 PMID: 21088663; Cite	No	No		
[Practice guideline 'Perinatal management of extremely preterm delivery']. Ned Tijdschr Geneeskd. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. 2010 PMID: 21429260; Cite	No	Si		De neonatología.
Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. 2009 NGC: 007371	Si	No		Registro cardio tográfico.
VA/DoD clinical practice guideline for management of pregnancy Department of Defense - Federal Government Agency [U.S.]; Department of Veterans Affairs - Federal Government Agency [U.S.]; Veterans Health Administration - Federal Government Agency [U.S.]. 2009 NGC:	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
007714				
Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2009 PMID: 19941729; Cite	No	Si		
Delivery mode for the extremely premature fetus: a statement of the prematurity working group of the World Association of Perinatal Medicine. J Perinat Med. World Association of Perinatal Medicine. 2009 PMID: 19681735; Cite	No	Si		Habla solo término embarazo. No habla de manejo.
Management issues for women with epilepsy- Focus on pregnancy (an evidence-based review): I. Obstetrical complications and change in seizure frequency: Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. Epilepsia. American Epilepsy Society. 2009 PMID: 19496807; Cite	No	No		
[Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Diagnosis and tratment of preterm labour]. Ginecol Obstet Mex. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2009 PMID: 19496522; Cite	Si	Si		
Practice parameter update: management issues for women with epilepsy--focus on	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
pregnancy (an evidence-based review): obstetrical complications and change in seizure frequency: report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society. Neurology. American Epilepsy Society. 2009 PMID: 19398682; Cite				
[Polish Gynaecologic Society guidelines for progesteron use in preterm delivery prevention]. Ginekol Pol. Polish Gynaecologic Society. 2009 PMID: 19338213; Cite	No	Si		Prevención
The use of progesterone for prevention of preterm birth Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - Medical Specialty Society. 2008 NGC: 006787	No	Si		Prevención.
Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement U.S. Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 2008 NGC: 006227	No	No		
Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. U.S. Preventive Services Task Force. 2008 PMID: 18252683; Cite	Si	No		Prevención.

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
Management of herpes in pregnancy American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. 2007 NGC: 005948	No	Si		
Perinatal care at an extremely low gestational age (22-25 weeks). An Italian approach: the "Carta di Firenze". Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007 PMID: 17951554; Cite	Si	Si		No es guía y solo enfocado a embarazos inmaduros.
Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline. Early Hum Dev. 2007 PMID: 17467932; Cite	No	Si		
ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. 2007 PMID: 17400872; Cite	No	Si		
Guidelines for the management of spontaneous preterm labor. J Perinat Med. European Association of Perinatal Medicine- Study Group on Preterm Birth. 2006 PMID: 16965221; Cite	Si	Si	Si	AGREE II 3 no recomendada
[Guideline for oxygen therapy of premature infants and prevention of retinal diseases]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2005 PMID: 15932726; Cite	No	No		
Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. 2004 NGC: 005717	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B	C	D	NOTAS.
The timing of elective delivery in preterm premature rupture of the membranes: a survey of members of the Society of Maternal-Fetal Medicine. Am J Obstet Gynecol. Society of Maternal-Fetal Medicine. 2004 PMID: 15167875; Cite	Si	No		
Management of preterm labor American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. 2003 NGC: 003130	Si	Si	Si	Ya reemplazada por guía de 2012
ACOG Committee Opinion. Use of progesterone to reduce preterm birth. Obstet Gynecol. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2003 PMID: 14672496; Cite	No	Si		Opinión de comité
ACOG practice bulletin number 47, October 2003: Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstet Gynecol. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2003 PMID: 14551023; Cite	No	Si		
Evidence-based labour ward guidelines for the diagnosis, management and treatment of spontaneous preterm labour. J Obstet Gynaecol. International Preterm Labour Council. 2003 PMID: 12963500; Cite	Si	Si	Si	AGREE II calificación de 5 recomendada con modificaciones.

A. Resultados de búsqueda (Titulo/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists; Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Obstet Gynecol. 2012 Jun;119(6):1308-17. doi: 10.1097/AOG.0b013e31825af2f0.	Si	Si	Si	AGREE II calificación de 6 recomendada con modificaciones.
Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with assistance of Vincenzo Berghella. Am J Obstet Gynecol. 2012 May;206(5):376-86. doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.010.	Si	No		Prevención.
[Recommendations of the Polish Gynecological Society Expert Committee regarding application of progesterone in obstetrics and gynecology]. Polish Gynecological Society Expert Committee. Ginekol Pol. 2012 Jan;83(1):76-9. Polish.	No	Si		
[Polish Gynecological Society Expert Committee recommendations regarding application of Chela-Mag B6 Mama in obstetrics and gynecology]. Polish Gynecological Society. Ginekol Pol. 2011 Oct;82(10):792-4. Polish.	No	Si		
SOGC Clinical Practice Guideline. Magnesium sulphate for fetal neuroprotection. Magee L, Sawchuck D,	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
Synnes A, von Dadelszen P J Obstet Gynaecol Can. 2011 May;33(5):516-29.				
SOGC Clinical Practice Guideline. Ultrasonographic cervical length assessment in predicting preterm birth in singleton pregnancies. Lim K, Butt K, Crane JM. J Obstet Gynaecol Can. 2011 May;33(5):486-99.	No	No		Prevención.
Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. Di Renzo GC, Roura LC, Facchinetti F, Antsaklis A, Breborowicz G, Gratacos E, Husslein P, Lamont R, Mikhailov A, Montenegro N, Radunovic N, Robson M, Robson SC, Sen C, Shennan A, Stamatian F, Ville Y. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 May;24(5):659-67. doi: 10.3109/14767058.2011.553694. Epub 2011 Mar 2. No abstract available.	No	Si		Ruptura de membranas prematura.
Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. Verani JR, McGee L, Schrag SJ; Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Recomm Rep. 2010 Nov 19;59(RR-10):1-36.	No	No		
[Practice guideline 'Perinatal management of	No	No		Neonatología.

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
extremely preterm delivery']. de Laat MW, Wiegerinck MM, Walther FJ, Boluyt N, Mol BW, van der Post JA, van Lith JM, Offringa M; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A2701. Dutch.				
Delivery mode for the extremely premature fetus: a statement of the prematurity working group of the World Association of Perinatal Medicine. Skupski DW, Greenough A, Donn SM, Arabin B, Bancalari E, Vladareanu R; World Association of Perinatal Medicine. Perinat Med. 2009;37(6):583-6. doi: 10.1515/JPM.2009.126. Review.	No	Si		Modo de término de embarazo.
[Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and Gynecology Specialists. Prenatal monitoring in adolescents: risk maternal-infant]. García Alonso López A, Rosales Ortiz S, Jiménez Solís G; Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia Ginecol Obstet Mex. 2009 May;77(5):S129-54. Spanish. No abstract available.	No	Si		Monitor en adolescente.
[Polish Gynaecologic Society guidelines for progesteron use in preterm delivery prevention]. Polish Gynaecologic Society. Ginekol Pol. 2009 Feb;80(2):147-9. Polish	No	Si		Prevención.
Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S.	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008 Feb 5;148(3):214-9				
Perinatal care at an extremely low gestational age (22-25 weeks). An Italian approach: the "Carta di Firenze". Pignotti MS, Scarselli G, Barberi I, Barni M, Bevilacqua G, Branconi F, Bucci G, Campogrande M, Curiel P, Di Iorio R, Di Renzo GC, Di Tommaso M, Moscarini M, Norelli GA, Pagni A, Panti A, Pela I, Rondini G, Saggese G, Salvioli G, Scarano E, Donzelli G. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007 Nov;92(6):F515-6	No	Si		No es guía.
ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Obstet Gynecol. 2007 Apr;109(4):1007-19.	No	No		
Guidelines for the management of spontaneous preterm labor. Di Renzo GC, Roura LC; European Association of Perinatal Medicine-Study Group on Preterm Birth J Perinat Med. 2006;34(5):359-66.	Si	Si	Si	AGREE II de 3 No recomendada.
[Guideline for oxygen therapy of premature infants and prevention of retinal diseases]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2005 Mar 16;85(10):661-2. Chinese. No abstract available	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
ACOG Committee Opinion. Use of progesterone to reduce preterm birth. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2003 Nov;102(5 Pt 1):1115-6.	Si	No		
Evidence-based labour ward guidelines for the diagnosis, management and treatment of spontaneous preterm labour. Lamont RF; International Preterm Labour Council. J Obstet Gynaecol. 2003 Sep;23(5):469-78.	Si	Si	Si	AGREE II de 5 recomendada con modificaciones.
ACOG practice bulletin. Management of preterm labor. Number 43, May 2003. ACOG Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. Int J Gynaecol Obstet. 2003 Jul;82(1):127-35.	Si	Si	Si	Ya está en la No. 127.
ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. Number 43, May 2003. Management of preterm labor. ACOG Committee on Practice Bulletins. American College of Obstetricians and Gynecologist. Obstet Gynecol. 2003 May;101(5 Pt 1):1039-47. Review. No abstract available.	Si	Si	Si	Reemplazado en 2012.
Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Crane J, Armson A, Brunner M, De La Ronde S, Farine D, Keenan-Lindsay L, Leduc L, Schneider C, Van Aerde J; Executive Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Obstet Gynaecol Can. 2003 Jan;25(1):45-52. English, French.	No	Si		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Number 38, September 2002. Perinatal care at the threshold of viability. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2002 Sep;100(3):617-24.	No	Si		
[Corticosteroid treatment in threatening preterm delivery]. Finnish Society of Perinatology. Duodecim. 2000;116(12):1334-8.	No	Si		
ACOG issues recommendations on assessment of risk factors for preterm birth. American College of Obstetricians and Gynecologists. Ressel G; American College of Obstetricians and Gynecologists Am Fam Physician. 2002 Feb 1;65(3):509-10.	No	Si		
ACOG Practice Bulletin. Assessment of risk factors for preterm birth. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 31, October 2001. (Replaces Technical Bulletin number 206, June 1995; Committee Opinion number 172, May 1996; Committee Opinion number 187, September 1997; Committee Opinion number 198, February 1998; and Committee Opinion number 251, January 2001). American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2001 Oct;98(4):709-16.	No	Si		Factores de riesgo.
ACOG criteria set. Quality evaluation and	No	No		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
improvement in practice. Tocolysis. Number 34, June 1998 (replaces No. 31, February 1998). Committee on Quality Assessment. American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet. 1998 Oct;63(1):85-6				
ACOG committee opinion. Bacterial vaginosis screening for prevention of preterm delivery. Number 198, February 1998. Committee on Obstetric Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet. 1998 Jun;61(3):311-2.	No	No		
ACOG releases technical bulletin on preterm labor. Am Fam Physician. 1995 Nov 15;52(7):2105-6.	No	Si		
Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society, Maternal-Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. CMAJ. 1994 Sep 1;151(5):547-53.	No	No		
U.S. Preventive Services Task Force releases policy statement on home uterine activity monitoring. Am Fam Physician. 1993 Oct;48(5):932, 935.	No	Si		
Home uterine activity monitoring for preterm labor. Policy statement. US Preventive Services Task Force. JAMA. 1993 Jul 21;270(3):369-70	No	Si		

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
Assessment and management of preterm labour Clinical Practice Guidelines Portal 2009	Si	Si	Si	AGREE II de 3 no recomendada.
Clinical Practice Guidelines on Magnesium Sulphate Prior to Preterm Birth for Neuroprotection of the Fetus, Infant and Child National Health and Medical Research Council 2010	No	No		
Antenatal magnesium sulphate prior to preterm birth for neuroprotection of the fetus, infant and child Clinical Practice Guidelines Portal 2010	No	Si		
Preterm Labour British Columbia Perinatal Health Program 2005	No	Si		No es guía.
The use of progesterone for prevention of preterm birth Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada 2008	No	Si		
Magnesium Sulphate for Fetal Neuroprotection Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada 2011	No	Si		
Preterm labour Map of Medicine 2011	No	Si		No es guía.
Preterm prelabour rupture of membranes. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	No	Si		Ruptura prematura de membranas.
Tocolytic Drugs for Women in Preterm Labour Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2002	Si	Si	Si	Reemplazada por 2011.
Preterm Labour, Tocolytic Drugs Royal	Si	Si	Si	AGREE II de 6

A. Resultados de búsqueda (Título/Publicación/Año)	B*	C*	D*	NOTAS.
College of Obstetricians and Gynaecologists 2011				recomendada con modificaciones.
The Management of Babies Born Extremely Preterm at less than 26 weeks of gestation: a Framework for Clinical Practice at the Time of Birth British Association of Perinatal Medicine 2008	No	No		
Preterm prelabour rupture of membranes. [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists] info@guidelines.gov (NGC) 2012	No	No		
Management of preterm labor. [American College of Obstetricians and Gynecologists] info@guidelines.gov (NGC) 2011	Si	Si	Si	AGREE II de 6 recomendada con modificaciones.
Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists 2003	Si	Si	Si	Reemplazada 2011.
Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada] info@guidelines.gov (NGC) 2011	No	Si		

CALIFICACIONES AGREE II

Management of preterm labor. Obstet Gynecol.

ACOG practice bulletin no. 127, 2012

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
Domain 1. Scope and purpose			Dominio 1. Calificación 63 %
1. The overall objective (s) of the guideline is (are) specifically described?	6	6	
2. The health question (s) covered by the guideline is (are) specifically described?	7	6	No especifica, exactamente a que población.
3. The population (patients, public, etc) to whom the guideline is meant to apply is specifically described?	3	1	
Domain 2. Stakeholder involvement			Dominio 2. Calificación 25 %
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups?	1	2	Sólo se incluyen ginecólogos.
5. The views and	1	1	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
<p>preferences of the target population have been sought?</p>			
<p>6. The target users of the guideline are clearly defined?</p>	7	6	
<p>Domain 3. Rigour of development</p>			<p>Dominio 3. Calificación 60 %</p>
<p>7. Systematic methods were used to search for evidence.</p>	2	2	<p>Revisión sistemática de artículos pero no describe como llegaron a esos artículos de búsqueda.</p>
<p>8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.</p>	1	1	<p>Sin hablar de limitaciones.</p>
<p>9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.</p>	2	1	
<p>10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.</p>	7	7	
<p>11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations</p>	6	6	
<p>12. There is an explicit</p>	6	7	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
link between the recommendations and the supporting evidence.			
13.The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	4	6	
14.A procedure for updating the guideline is provided.	6	7	
Domain 4. Clarity of presentation			Dominio 4.Calificación 86 %.
15.The recommendations are specific and unambiguous.	6	6	
16.The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.	6	5	
17.Key recommendations are easily identifiable.	7	7	
Domain 5. Applicability			Dominio 5 calificación 85 %.
18.The guideline describes facilitators	6	4	Sólo habla de

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
and barriers to its application.			medicamentos en estados unidos, no de los que no se encuentran en ese país.
19.The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	6	6	
20.The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	7	7	
21.The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	6	6	
Domain 6. Editorial independence			Dominio 6. Calificación 92 %.
22.The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	7	7	
23.Competing interests of guideline development group members have been	6	7	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------------

recorded and
addressed.

*Clinical practice guidelines 2008. Mexican College of Obstetrics and
Gynecology Specialists. Diagnosis and treatment of preterm labour.
Ginecol Obstet Mex. 2009*

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------------

**Domain 1. Scope and
purpose**

Dominio 1. Calificación
100 %.

1. The overall objective
(s) of the guideline is
(are) specifically
described?

7

7

2. The health question
(s) covered by the
guideline is (are)
specifically
described?

7

7

3. The population
(patients, public, etc)
to whom the
guideline is meant to
apply is specifically
described?

7

7

**Domain 2. Stakeholder
involvement**

Dominio 2. Calificación
61 %.

Descripción	Revisor	Revisor	Agree II Comentario
	1	2	
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups?	6	6	No se tomaron en cuenta a la población.
5. The views and preferences of the target population have been sought?	1	1	
6. The target users of the guideline are clearly defined?	7	7	
Domain 3. Rigour of development			Dominio 3. Calificación 60 %.
7. Systematic methods were used to search for evidence.	5	6	Si, te dice, como buscaron pero no todo lo que encontraron, o cuales encontraron.
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	7	6	
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	6	7	
10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.	7	7	Si bien, son expertos, no fue revisada fuera de imss
11. The health benefits,	7	6	o no se observan tampoco

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations			resultados del piloto.
12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	6	7	
13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	3	7	
14. A procedure for updating the guideline is provided.	6	7	
Domain 4. Clarity of presentation			Dominio 4. Calificación 82 %.
15. The recommendations are specific and unambiguous.	6	6	
16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.	6	5	
17. Key recommendations	7	7	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
are easily identifiable.			
Domain 5. Applicability			Dominio 5 calificación 86 %.
18.The guideline describes facilitators and barriers to its application.	6	4	No te comenta de los medicamentos de los cuales, no hay presentación en México.
19.The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	6	6	
20.The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	7	7	
21.The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	6	6	
Domain 6. Editorial independence			Dominio 6. Calificación 95 %
22.The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	7	7	

Descripción	Revisor	Revisor	Agree II Comentario
	1	2	
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	6	7	

Evidence-based labour ward guidelines for the diagnosis, management and treatment of spontaneous preterm labour.

J Obstet Gynaecol. 2003

Descripción	Resvisor	Revisor	Agree II Comentario
	1	2	
Domain I. Scope and purpose			Dominio 1. Calificación 8 %.
1. The overall objective (s) of the guideline is (are) specifically described?	3	2	La guía clínica no comenta, cuando ni describe objetivos como tal, ni preguntas a responder solo son como un tema de revisión.
2. The health question (s) covered by the guideline is (are) specifically described?	1	1	
3. The population (patients, public, etc) to whom the guideline is meant to apply is specifically	1	1	

Descripción	Resvisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
described?			
Domain 2. Stakeholder involvement			Dominio 2. Calificación 2 %.
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups?	1	1	No se toman en cuenta ningún grupo.
5. The views and preferences of the target population have been sought?	1	1	
6. The target users of the guideline are clearly defined?	2	1	
Domain 3. Rigour of development			Dominio 3. Calificación 36 %.
7. Systematic methods were used to search for evidence.	2	2	No se obtienen como llegaron a esos datos, solo
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	1	1	tenemos los artículos de donde lo obtuvieron.
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	2	1	
10. The methods for formulating the recommendations	2	1	No hay relación entre evidencia y recomendación.

Descripción	Resvisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
are clearly described.			
11.The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	6	
12.There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	1	1	
13.The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	6	6	
14.A procedure for updating the guideline is provided.	6	7	
Domain 4. Clarity of presentation			Dominio 4. Calificación 36 %.
15.The recommendations are specific and unambiguous.	2	4	Todo son recomendaciones.
16.The different options for management of the condition or health issue are	6	5	

Descripción	Resvisor	Revisor	Agree II Comentario
	1	2	
clearly presented.			
17.Key recommendations are easily identifiable.	1	1	
Domain 5. Applicability	2	1	Dominio 5 calificación 4 %.
18.The guideline describes facilitators and barriers to its application.			
19.The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	1	2	
20.The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	1	1	
21.The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	1	1	
Domain 6. Editorial independence			Dominio 6. Calificación 91 %.
22.The views of the funding body have	6	7	

Descripción	Resvisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
not influenced the content of the guideline.			
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	6	7	

Guidelines for the management of spontaneous preterm labor.

J Perinat Med. 2006

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
Domain 1. Scope and purpose			Dominio 1. Calificación 5 %.
1. The overall objective (s) of the guideline is (are) specifically described?	2	2	La descripción de esta, no es, como guía si no como revision de tema, sin preguntas clínicas.
2. The health question (s) covered by the guideline is (are) specifically described?	1	1	
3. The population (patients, public, etc) to whom the guideline is meant to apply is specifically	1	1	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
described?			
Domain 2. Stakeholder involvement			Dominio 2. Calificación 33 %.
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups?	2	1	
5. The views and preferences of the target population have been sought?	6	6	
6. The target users of the guideline are clearly defined?	2	1	
Domain 3. Rigour of development			Dominio 3. Calificación 36 %.
7. Systematic methods were used to search for evidence.	2	2	
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	1	1	
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	2	2	
10. The methods for formulating the recommendations	2	1	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
are clearly described.			
11.The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	5	
12.There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	1	1	
13.The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	6	6	
14.A procedure for updating the guideline is provided.	6	7	
Domain 4. Clarity of presentation			Dominio 4. Calificación 11 %.
15.The recommendations are specific and unambiguous.	2	2	No hay evidencia vs recomendaciones todo es uno mismo.
16.The different options for management of the condition or health issue are	1	3	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
clearly presented.			
17.Key recommendations are easily identifiable.	1	1	
Domain 5. Applicability			Dominio 5 calificación 29 %.
18.The guideline describes facilitators and barriers to its application.	1	1	Habla de los medicamentos y donde podremos encontrarlos así
19.The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	3	también, de su costo.
20.The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	5	6	
21.The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	1	1	
Domain 6. Editorial independence			Dominio 6. Calificación 91 %.
22.The views of the funding body have	6	7	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
not influenced the content of the guideline.			
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	6	7	

*Preterm Labour, Tocolytic Drugs
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2011*

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
Domain 1. Scope and purpose			Dominio 1. Calificación 97 %.
1. The overall objective (s) of the guideline is (are) specifically described?	6	7	
2. The health question (s) covered by the guideline is (are) specifically described?	7	7	
3. The population (patients, public, etc) to whom the	7	7	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
<p>guideline is meant to apply is specifically described?</p>			
<p>Domain 2. Stakeholder involvement</p>			<p>Dominio 2. Calificación 61 %.</p>
<p>4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups?</p>	6	7	
<p>5. The views and preferences of the target population have been sought?</p>	1	1	
<p>6. The target users of the guideline are clearly defined?</p>	7	6	
<p>Domain 3. Rigour of development</p>			<p>Dominio 3. Calificación</p>
<p>7. Systematic methods were used to search for evidence.</p>	3	5	71 %.
<p>8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.</p>	1	1	
<p>9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.</p>	5	6	
<p>10. The methods for</p>	7	7	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
formulating the recommendations are clearly described.			
11.The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	7	6	
12.There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	7	7	
13.The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	6	6	
14.A procedure for updating the guideline is provided.	6	7	
Domain 4. Clarity of presentation			Dominio 4. Calificación 97 %.
15.The recommendations are specific and unambiguous.	7	6	
16.The different options for management of	7	7	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
the condition or health issue are clearly presented.			
17.Key recommendations are easily identifiable.	7	7	
Domain 5. Applicability			
18.The guideline describes facilitators and barriers to its application.	7	6	Dominio 5 calificación 89 %.
19.The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	6	6	
20.The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	7	7	
21.The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	6	6	
Domain 6. Editorial independence			Dominio 6. Calificación 95 %.

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
22.The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	7	7	
23.Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	6	7	

Assessment and management of preterm labour

Clinical Practice Guidelines Portal 2009

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
Domain 1. Scope and purpose			Dominio 1. Calificación 5 %.
1. The overall objective (s) of the guideline is (are) specifically described?	2	2	La descripción de esta, no es como guía, si no como, revision de tema, sin preguntas clínicas.
2. The health question (s) covered by the guideline is (are) specifically described?	1	1	
3. The population (patients, public, etc)	1	1	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
to whom the guideline is meant to apply is specifically described?			
Domain 2. Stakeholder involvement			Dominio 2. Calificación
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups?	2	2	33 %.
5. The views and preferences of the target population have been sought?	5	6	
6. The target users of the guideline are clearly defined?	1	2	
Domain 3. Rigour of development			Dominio 3. Calificación 36.9 %
7. Systematic methods were used to search for evidence.	2	2	
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	1	1	
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	2	2	

Descripción	Revisor	Revisor	Agree II Comentario
	1	2	
10.The methods for formulating the recommendations are clearly described.	1	1	
11.The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	5	5	
12.There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	1	1	
13.The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	6	5	
14.A procedure for updating the guideline is provided.	5	5	
Domain 4. Clarity of presentation			Dominio 4. Calificación 7.1 %.
15.The recommendations are specific and unambiguous.	2	2	
16.The different options	1	2	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
for management of the condition or health issue are clearly presented.			
17.Key recommendations are easily identifiable.	1	1	
Domain 5. Applicability			Dominio 5 calificación
18.The guideline describes facilitators and barriers to its application.	1	1	22 %.
19.The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	2	3	
20.The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	5	5	
21.The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	1	1	
Domain 6. Editorial			Dominio 6. Calificación
			75 %.

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
independence			
22.The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	6	5	
23.Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	6	5	

Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth.

J Matern Fetal Neonatal Med. 2011

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
Domain 1. Scope and purpose			Dominio 1. Calificación 5 %.
1. The overall objective (s) of the guideline is (are) specifically described?	2	2	Es como artículo de revisión.
2. The health question (s) covered by the guideline is (are) specifically described?	1	1	
3. The population (patients, public, etc)	1	1	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
to whom the guideline is meant to apply is specifically described?			
Domain 2. Stakeholder involvement			Dominio 2. Calificación 33 %.
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups?	2	1	
5. The views and preferences of the target population have been sought?	6	6	
6. The target users of the guideline are clearly defined?	2	1	
Domain 3. Rigour of development			Dominio 3. Calificación 36 %.
7. Systematic methods were used to search for evidence.	2	2	
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	1	1	
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	2	2	

Descripción	Revisor	Revisor	Agree II Comentario
	1	2	
10.The methods for formulating the recommendations are clearly described.	2	1	
11.The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	6	5	
12.There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	1	1	
13.The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	6	6	
14.A procedure for updating the guideline is provided.	6	7	
Domain 4. Clarity of presentation			Dominio 4. Calificación 11 %.
15.The recommendations are specific and unambiguous.	2	2	No Hay Evidencia Vs recomendaciones.
16.The different options	1	3	

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
for management of the condition or health issue are clearly presented.			
17.Key recommendations are easily identifiable.	1	1	
Domain 5. Applicability			Dominio 5 Calificación
18.The guideline describes facilitators and barriers to its application.	1	1	29 %.
19.The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	4	3	
20.The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	5	6	
21.The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	1	1	
Domain 6. Editorial			Dominio 6. Calificación

Descripción	Revisor 1	Revisor 2	Agree II Comentario
independence			91 %.
22.The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	6	7	
23.Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed	6	7	