

TÍTOL DOCUMENT:	AMENANÇA DE PART PRETERME
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC
CODI DOCUMENT: OBS-PM-008	Pàgina núm. 1 de 17

OBS-PM-008. Rev.04

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: Cada 5 anys

Responsable revisió: Laia Pratcorona

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	1/11/2017	Creació	Blanca Valenzuela Marta Ricart	Dra Comas	23/11/2017
02	13/12/2023	Revisió introducció, diagnòstic i algorisme	Laia Pratcorona	Cap Servei	9/1/2024
03	06/02/2024	Adaptació tocolítics	Laia Pratcorona	Cap Clínic	07/02/2024
04	16/09/2025	Adequació maduració parènquimes fetals i tocòlisi >34 SA	Laia Pratcorona	M. Comas/R.De Diego	19/09/2025

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
DCTGO
DCT Pediatria
Servei de Farmàcia

PROTOCOLS / ALTRES PROCEDIMENTS AMB QUÈ ES RELACIONA/ VINCULA

TÍTOL DOCUMENT	CODI DOCUMENT
Amenança de part preterme	OBS-PM-008
Ruptura prematura de membranes	OBS-PM-014
Triple I: Infecció intraamniòtica o corioamnionitis	OBS-PM-020
Corticoides per la maduració pulmonar	OBS-PM-006
Actuació perinatal en l'atenció al part als límits de la viabilitat	OBS-PM-040

OBS-PM-008. Rev.03

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

ÍNDEX:

1. INTRODUCCIÓ/DEFINICIÓ	3
2. DIAGNÒSTIC	5
2.2 EXPLORACIÓ FÍSICA	5
2.3 EXPLORACIÓ OBSTÈTRICA	5
2.4 RCTG	6
2.5 EXPLORACIONS COMPLEMENTARIES.....	6
3. MANEIG A URGÈNCIES.....	7
4. TRACTAMENT A L'INGRÉS	9
4.1 MADURACIÓ PULMONAR AMB CORTICOIDES.....	10
4.2 NEUROPROTECCIÓ AMB SULFAT DE MAGNESI	10
4.3 TOCÒLISI.....	10
4.3.1 CONTRAINDICACIONS DE LA TOCÒLISI	11
4.3.2 PRIMERA LÍNIA DE TOCÒLISI	11
a) < 24.6 SETMANES: INDOMETACINA.....	11
b) > 24.6 SETMANES: NIFEDIPINA SOLUCIÓ ORAL	12
4.3.3 SEGONA LÍNIA DE TOCÒLISI: ATOSIBAN	12
4.3.4 TERCERA LÍNIA DE TOCÒLISI: RITRODINA	13
4.3.5 TERÀPIA COMBINADA	14
4.3.6 TOCÒLISI DE MANTENIMENT	14
4.4 ANTIBIÒTICS	15
5. SEGUIMENT DURANT L'HOSPITALITZACIÓ	15
6. SEGUIMENT A L'ALTA.....	16
7. VIA DEL PART.....	16
8. BIBLIOGRAFIA.....	17

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

1. INTRODUCCIÓ/DEFINICIÓ

S'entén per part preterme aquell que es produeix abans de les 37 setmanes complertes de gestació.

L'amenaça de part preterme és el procés clínic simptomàtic que sense tractament, o quan aquest fracassa, pot conduir a un part preterme. Es defineix clàssicament com la presència de dinàmica uterina regular associada a modificacions cervicals progressives des de les 22.0 i fins a les 36.6 setmanes de gestació.

La prematuritat és una prioritat a considerar en la millora de la salut materno-infantil a tot el món, ja que és una de les principals causes de morbi-mortalitat infantil.¹

Es defineix com a part preterme (PP) aquell que té lloc abans d'assolir les 37 setmanes d'amenorrea (SA).

L'amenaça de part preterme (APP) es defineix com el procés clínic simptomàtic que sense tractament, o bé si aquest fracassa, pot culminar en un PP. Es defineix clàssicament com la presència de dinàmica uterina (DU) regular que associa modificacions cervicals progressives entre les 22⁰ i les 36⁶ SA. Malgrat això, aquests paràmetres presenten una baixa sensibilitat i especificitat per la predicció del part preterme, ja que tant sols un 20-30% de les pacients que ingressin sota diagnòstic d'APP acabaran donant a llum abans de les 37 SA.

Existeixen mètodes objectius per avaluar aquest risc amb una major capacitat predictiva, especialment un alt valor predictiu negatiu de part en els propers set dies, com la mesura de la longitud cervical per ecografia o mètodes bioquímics per la identificació de determinades molècules a secreció cervical, com la fibronectina (FnF), l'IGFBP-1 (Partus test®, Premaquick®) o PAMG-1 (Parto Sure®). La majoria de protocols contempnen la mesura ecogràfica de la longitud cervical com a mètode d'exploració complementària de primera elecció, per la seva àmplia disponibilitat al nostre medi, l'aplicació a les diferents situacions clíniques i la seva curta corba d'aprenentatge.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

L'APP sovint té un origen multifactorial² i s'hi han relacionat diferents factors com la infecció intraamniòtica, la inflamació, la isquèmia uteroplacentària, les hemorràgies de 2on-3er trimestre, la sobredistensió uterina o diferents alteracions del coll uterí. En la majoria dels casos l'etiologia és desconeguda (APP idiopàtica), i d'altres existeix una raó més o menys evident (gestació múltiple, polihidramnis...) que expliqui l'aparició de la DU. En altres casos podem identificar focalitat infecciosa en altres parts de l'organisme (pielonefritis aguda, apendicitis...). Cal, però, destacar que, de les causes conegudes, la més freqüent és la infecció/inflamació intra-amniòtica subclínica, present, segons dades de la literatura, en fins un 20 % de les gestants amb APP, i amb una associació major a menor edat gestacional^{3, 4} i és per això que, en casos on no identifiquem una causa clara, especialment a edats gestacionals precoces, aquest protocol contempla la realització d'una amniocentesi per despistatge d'infecció intraamniòtica.

S'exclouen en aquest protocol la ruptura prematura membranes i la sospita clínica de corioamnionitis que es tractaran en protocols específic (*OBS-PM-020 i OBS-PM-014* respectivament).

2. DIAGNÒSTIC

Davant d'una gestant preterme que ens consulta per simptomatologia compatible amb dinàmica uterina i en la que s'objectiva dinàmica uterina regular, s'han de realitzar sistemàticament i de manera ordenada:

2.1 Anamnesi dirigida:

- Percepció de dinàmica uterina: Moment d'inici, ritme i freqüència de les contraccions. També cal interrogar sobre la pèrdua de líquid o sang per vagina.
- Altre simptomatologia acompanyant: clínica digestiva, urinària, febre...

2.2 Exploració física:

Descartar un altre possible origen del dolor, febre, peritonisme, puny-percussió...

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

2.3 Exploració obstètrica:

- Comprovar freqüència cardíaca fetal positiva.
- Valoració abdomen (alçada uterina, estàtica fetal, irritabilitat uterina...)
- Espècul: visualització del cèrvix (descartar metrorràgies amniorrexi, valorar dilatació)
- Presa de cultius: *cultiu vaginal, endocervical, PCR Multiplex. SGB vaginal/rectal.*

Petitori ICS > Preconfigurats > Servei OBS > Patologia Obstètrica > APP a l'Ingrés

- Ecografia Transvaginal: Mesura de la LC (*veure annex 9.1*).

La realització d'un TV de rutina està desaconsellada en la valoració per sospita d'APP, només estaria indicat en cas de que es constati una dilatació franca mitjançant especulocòpia o amb l'ecografia transvaginal.

2.4 RCTG:

Confirmar la presència de dinàmica uterina i descartar signes de pèrdua del benestar fetal. No hi ha un consens unànim però es consideren necessàries 4 contraccions/ 20-30 min. És important que aquestes siguin simptomàtiques.

2.5 Exploracions complementaries

- **Analítica completa**: hemograma, coagulació, ionograma, PCR, Sediment (urocultiu).
- * Valorar estudi de tòxics en orina segons context de la pacient.

Petitori ICS > Preconfigurats > Servei OBS > Patologia Obstètrica > APP urgent

- Amniocentesi (AC) per despistatge d'infecció intraamniòtica

Es proposarà a tota pacient que ingressi per APP gestant de 32 SA o menys. També caldrà considerar-la en aquelles gestacions >32 SA però que presentin DU refractària al tractament tocolíctic, que precisin més d'una tanda tractament o que presentin algun signe clínic de sospita d'infecció (*veure protocol Triple I: OBS-PM-020*).

La prova és diferible si l'equip que presta atenció considera millor que es realitzi en un altre moment (p. ex. quan cedeixi parcialment la DU o quan es disposi de personal més expert).

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

En gestacions gemel·lars, que ja presenten els seus propis mecanismes pel PP, davant una APP no sospitem d'entrada una causa infecciosa. És per això que no proposarem d'entrada una AC, tot i que resta a criteri de l'obstetra a càrrec, en funció del quadre clínic i l'edat gestacional. Normalment es proposarà la punció únicament de la bossa més exposada al cèrvix.

Petitori ICS > Preconfigurats > Servei OBS > Petitori de diagnòstic prenatal > Despistatge d'infecció intraamniòtica

Es realitzarà previ consentiment informat i després de comprovar estat serològic matern. S'extrauran aproximadament 20cc de líquid amniòtic per determinar: Glucosa, Tinció de Gram, Cultiu de líquid amniòtic aerobis/anaerobis, PCR per gèrmens causants d'ITSs i cariotip (només en cas que la família ho desitgi).

2.6 Exploracions opcionals:

- **Test Premaquick®**: La seva principal aportació, com la del test de FnF, és que mostra un VPN molt elevat (del 98.8% per part a les 48h, i del 97.9% i 96.1% per part als 7 i 14 dies respectivament).⁵ Respecte del test de FnF ofereix avantatges respecte de la precisió de la predicció del PP i del cost i magatzematge dels tests.^{6, 7} El seu VPP és limitat, igual com el del test de FnF, i per tant, serà recomanat només en pacients seleccionades i/o que presentin dubte diagnòstic (veure algoritme). Pot resultar útil per disminuir el número de tractaments i ingressos hospitalaris en aquelles pacients sense criteris clars de APP.

3. MANEIG A URGÈNCIES

El diagnòstic de "veritable" APP és difícil. Aproximadament només un 20-30% de les pacients amb diagnòstic clàssic de APP desencadenarà el part en els 7 dies següents al diagnòstic. Per intentar reduir el número de falsos negatius i reduir tractaments i ingressos innecessaris es proposa el següent algoritme de maneig.

En primer lloc caldrà considerar que hi ha pacients que presenten alt risc de part preterme:

- Part preterme anterior (espontani) abans de la setmana 34.
- Pèrdua gestacional > 14SA.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

- Gestació múltiple.
- Cèrvix curt ja conegut en gestació actual.
- Portadora cerclatge cervical en gestació actual.

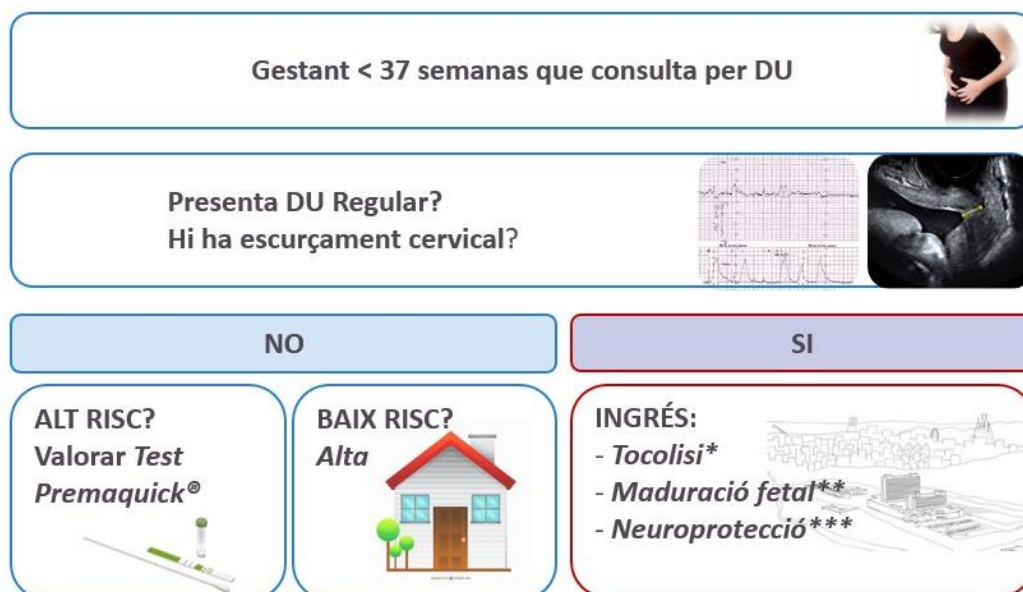
El millor factor predictor de part preterme en gestants amb clínica de DU és l'escurçament ecogràfic de la LC, per la que s'han establert punts de tall referents al percentil 5 en funció de l'edat gestacional i el tipus de gestació (Taula 1).^{8,9}

A aquelles pacients en les que en el transcurs de poques hores s'apreciï una disminució de la LC del 20 % de la total, caldrà, a tots els efectes, considerar-les gestants amb escurçament cervical encara que la LC no quedi per sota el punt de tall.

Punt de tall de la LC (p5)	GESTACIÓ ÚNICA	GESTACIÓ MÚLTIPLE
24-29 ⁶ SA	LC ≤ 25 mm	LC ≤ 15 mm
30-35 SA	LC ≤ 20 mm	LC ≤ 10 mm

Taula 1

A partir d'aquesta informació i mitjançant les proves diagnòstiques realitzades, el següent algoritme servirà per decidir la conducta més adequada en cada cas:



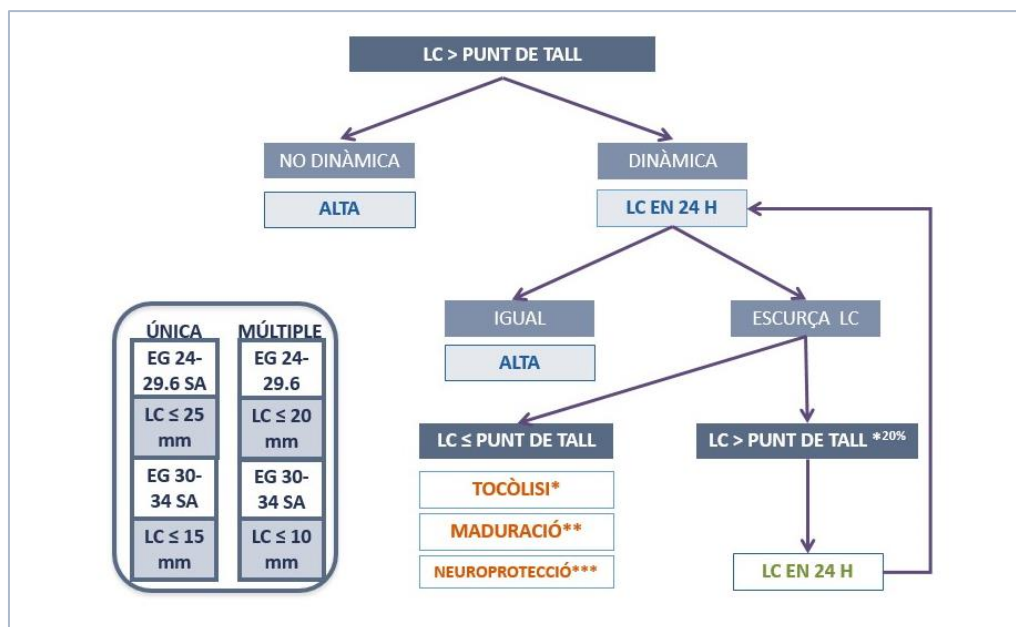
OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

En aquelles pacients en les que constatem DU però no puguem apreciar escurçament de la LC actuarem seguint el següent algoritme:



* **Considerar tocòlisi fins les 34.6 SA**

** **Considerar maduració pulmonar fetal fins les 33.6 SA (OBS-PM-006)**

*** **Considerar Neuroprotecció abans de les 32 SA**

- Les pacients amb cèrvix curt però absència de clínica compatible amb APP tampoc son tributaries de rebre tractament tocolític. En aquests casos caldrà actuar segons el protocol de Prevenció de part preterme: cèrvix curt i insuficiència cervical (OBS-PM-055).

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

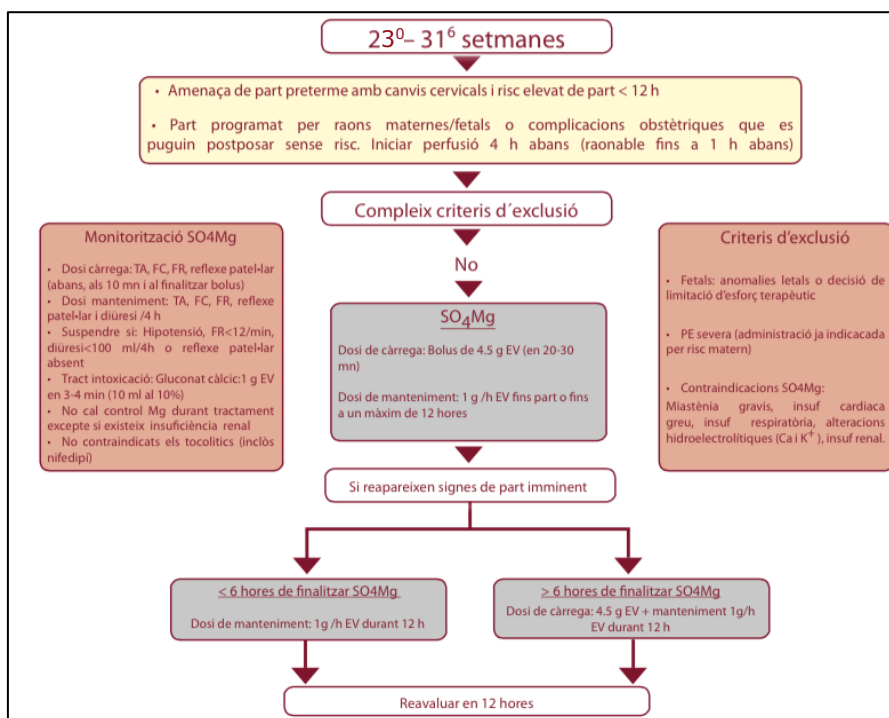
4. TRACTAMENT A L'INGRÉS:**4.1 Maduració pulmonar amb Corticoides:**

S'administrarà una tanda completa de maduració pulmonar (dues dosis separades 24h) entre la setmana 23+0 i 33+6, tant en gestacions úniques com múltiples sempre que existeixi un risc real de part prematur (Grau recomanació A). Veure protocol específic "Corticoides per la maduració pulmonar" (OBS-PM-006)

NO està indicada l'administració profilàctica de corticoides en gestacions d'alt risc de PP sense que existeixi un risc objectiu de prematuritat imminent.

4.2 Neuroprotecció amb Sulfat de Magnesi:

L'evidència científica disponible suggereix que l'administració de Sulfat de Magnesi (SO₄Mg) a la mare prèviament a un part preterme abans de les 32 SA redueix un 30 % el risc de paràlisi cerebral en els nounats que sobreviuen. El SO₄Mg no té efectes significatius sobre el risc de complicacions maternes greus ni efectes adversos sobre el nounat a les dosis proposades. S'indicarà en aquelles gestants entre les 23 i les 32 SA que presentin risc de part preterme imminent d'acord amb el següent algoritme:



OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

4.3 Tocòlisi

L'objectiu principal de la tocòlisi és el manteniment de la gestació les 48h que requereix la maduració pulmonar fetal amb corticoides. Malgrat que no està indicada la maduració pulmonar fetal més enllà de les 34 setmanes, al nostre centre, i d'acord amb el servei de Neonatologia, s'accepta considerar la tocòlisi en episodis d'APP per sota de les 35 setmanes ateses les implicacions pronòstiques que té el part ocorregut entre les 34 i 35 setmanes.

4.3.1 Contraindicacions de la tocòlisi

- Treball de part molt avançat. En casos molt seleccionats i amb l'objectiu de guanyar temps i poder administrar la teràpia amb corticoides, es pot intentar la utero-inhibició en parts amb dilatació avançada sempre que no hi hagi signes de corioamnionitis.
- Pèrdua del benestar fetal no relacionada amb la dinàmica uterina.
- Mort fetal (en gestacions úniques) o malformació greu incompatible amb la vida.
- Patologia pròpia o associada a l'embaràs que aconselli la seva finalització.
- Corioamnionitis clínica.
- Hemorràgia materna amb inestabilitat hemodinàmica (placenta prèvia , DPPNI)

4.3.2 Primera línia de tocòlisi**a) < 24.6 setmanes: INDOMETACINA**

Dosi inicial de 100 mg via rectal + 50 mg via oral (vo)
Posteriorment 50 mg/6h vo, fins màxim 48h de tractament

- Si per algun motiu el tractament s'allarga més de 48h sempre s'ha de realitzar ecografia de control per valorar líquid amniòtic i Ductus Arteriós (DA).
- **CONTRAINDICACIONS:** Tercer trimestre de la gestació (>27-28 SA), nefropatia, ulcus gàstric, alteracions de la coagulació, asma induït per AAS.
- **EFFECTES ADVERSOS:**
 - Materns: nàusees, reflux esofàgic, gastritis i emesi
 - Fetals: Tancament precoç del DA i oligoamnis.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

b) > 24.6 setmanes: NIFEDIPINA solució oral.

Pas1: 2,5 ml (10 mg) vo inicial

Pas 2: 3,7 ml (15mg) /6-8h durant 48h (prolongable fins a 72h).

Si no existeix resposta a la dosi inicial als 15 minuts, es pot afegir dosi rescat de 1.8 ml (7.2mg) cada 15 minuts durant la primera hora (fins un màxim de 4 dosis de rescat).

- **CONTRAINDICACIONS:** Contraindicat en pacients amb disfunció renal, hepàtica o cardíaca, ús concurrent de medicació antihipertensiva, ús concurrent de sulfat de magnesi, al·lèrgia al fàrmac o hipotensió clínica en circumstancies basals.

L'ús concomitant de Nifedipina + Sulfat de Magnesi **no es recomana**. En casos que d'entrada es valori la neuroprotecció el fàrmac d'elecció serà l'Atosiban. En cas que la pacient ja es trobi amb tractament amb Nifedipina iniciat es prosseguirà de la següent manera:

- Si > 6h última dosi de Nifedipina: canvi a Atosiban
- Si < 6h: Iniciar la neuroprotecció realitzant monitorització de FR i ROTS cada 2h)
- **EFFECTES ADVERSOS :**
 - Materns: cefalea i hipotensió materna.
 - Neonatal: els estudis han demostrat que el Nifedipina és tant o més segura que l'Atosiban.
- **Monitorització:** Control de pols i TA cada 30 minuts la primera hora o mentre s'utilitzi teràpia intensiva, després control horari. Un estabilitzat el quadre i traslladada la gestant a la planta d'hospitalització control cada 4-6h.

4.3.3 Segona línia de tocòlisi: ATOSIBAN

En els casos en els que no hi hagi resposta al tractament o estigui contraindicada la Nifedipina s'utilitzarà Atosiban.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

ATOSIBAN serà també el tocolític de primera elecció en:

- Gestació múltiple
- Cardiopatia materna
- Malaltia hipertensiva de base
- Pacients amb tractament concomitant amb Sulfat de Magnesi.

S'administra en cicles de 48h, essent possible repetir fins a un total de 3 cicles (si es constata realment DU amb escurçament cervical progressiu). Passos:

1. **Bolus:** Usar 1 vial de 6.75mg/0.9ml. Diluir 0,9 ml de solució en 9ml de SF a administrar ev lent en 1-2 minuts. Dosi total (= 1 vial): 6,75 mg
2. **Infusió:** Usar 2 vials de 5 ml (7,5 mg/ml = 75mg total) diluïts en 90ml a passar en 3 hores. Velocitat d'infusió de **24 ml/hora**. Dosis total (3h) = 54 mg (equivalències: 24ml/h = 18 mg/hora = 300 mcg/min)
3. **Manteniment:** Infusió de 2 vials de 5 ml (de 7,5 mg/ml) diluïts en 90ml a passar en 45 hores. Velocitat d'infusió de **8 ml/hora**. Dosis total final cicle (45h) = 270 mg (equivalències: 8 ml/h = 6 mg/hora = 100 mcg/min)
 - **CONTRAINDICACIONS:** Al·lèrgia al fàrmac.
 - **EFFECTES ADVERSOS:** Nàusees, vòmits, hiperglucèmia.
 - **MONITORITZACIÓ:** Control de TA i FC cada 8 hores.

4.3.4 Tercera línia de tocolisi: RITRODINA

La RITODRINA serà el tocolític de rescat en cas de que no es freni la DU ni amb Nifedipina ni amb Atosiban ni amb la combinació dels dos fàrmacs.

Preparació: Diluir 1 ampolla (vial: 10 mg/5ml) en 250ml de SG al 5%. Iniciar a dosis baixes (100 mcg/min = 30 ml/h) i incrementar de 50 en 50ml cada 15-30 minuts fins a aconseguir inhibició de les contraccions uterines, mantenint la freqüència cardíaca materna inferior a 120 i sense sobrepassar els 350 mcg/min (105 ml/h).

Després d'inhibició de la dinàmica uterina durant 1 hora, disminuir el ritme de perfusió cada 20 minuts fins dosi mínima eficaç, que cal mantenir durant 12h. Mantenir el tractament endovenós, amb disminució progressiva de la dosi, fins a 48h des de l'inici del tractament.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-008	Revisió : 04 Pàgina nº 13 de 17 Data última revisió: 16/09/2025
AMENÇA DE PART PRETERME		

OBS-PM-008. Rev.04

• **CONTRAINDICACIONS:**

- Cardiopaties greus o descompensades, arrítmia cardíaca - Sd. de W.P.W.
- Tirotoxicosi
- Anèmia severa (Hb < 7 g/dl).
- Asma bronquial greu en tractament.
- Contraindicacions relatives: hipertiroïdisme, gestació múltiple o la diabetis.

• **EFFECTES ADVERSOS:** Nàusees, vòmits, hiperglucèmia, taquicàrdia, edema agut de pulmó.

• **MONITORITZACIÓ:**

- Control de TA i FC cada 4 hores
 - FC> 120 durant 1 hora => disminuir la dosi del betamimètic.
 - FC> 130 => disminuir dosi i efectuar ECG
 - FC> 140 => suprimir el betamimètic.
- Hemograma, ionograma i glucèmia diaris.
- E.C.G. abans d'iniciar el tractament i després cada 24 hores.
- Balanç hídric (urimèter).

4.3.5 Teràpia combinada

Si malgrat el tractament amb monoteràpia, la pacient presenta dinàmica uterina persistent amb escurçament cervical progressiu es valorarà (malgrat no existeix evidència provada) la possibilitat de teràpia combinada, sempre considerant l'edat gestacional, amb NIFEDIPINA + ATOSIBAN, tenint en compte l'aparició de probables esdeveniments adversos i extremant la monitorització materna.

4.3.6 Tocòlisi de manteniment

L'ús de betamimètics o Nifedipina de manteniment v.o. no ha demostrat eficàcia en disminuir el número de recurrències ni en la prolongació de l'èmbarràs. Segons bibliografia recent en algun cas extrem es pot plantejar el tractament de manteniment amb Atosiban (8ml/h) després d'haver rebut el 3er cicle de Atosiban en gestants de < 32 setmanes amb molt alt risc de part previ el consens del Comitè d'ARO i d'haver informat la pacient de la manca d'evidència científica que recolzi aquesta conducta.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENAÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

4.4 Antibiòtics

L'exposició de membranes (excepte si cultius positius) NO és una indicació d'antibioteràpia, ja que no hi ha prou evidència en la literatura ni recomanació específica en guies clíniques internacionals sobre la seva utilització profilàctica.

Seràn tributàries de tractament antibiòtic:

Pacients amb part preterme imminent i SGB positiu o desconegut.

En cas d'urinocultiu positiu o de cultius endocervicals positius.

Dones amb sospita d'infecció intraamniòtica [Veure protocol específic "Triple I: infecció intraamniòtica o corioamnionitis" (*OBS-PM-020*)]

5. SEGUIMENT DURANT L'HOSPITALITZACIÓ:

- Repòs relatiu durant 48 hores permetent la mobilització per a higiene i àpats.
- Dieta normal, a poder ser rica en residus +/- fibra v.o. (afegir laxants si és necessari)
- HBPM profilàctica segons factors de risc.
- CTG diari malgrat pacient asimptomàtica.
- Ecografia obstètrica programada a Gabinet de Benestar fetal (recomanable passat les primeres 48h de l'ingrés si teràpia tocolítica és efectiva) amb revaloració de la LC post-tractament. En cas de cèrvix curt segons edat gestacional es pot considerar la inserció d'un pessari cervical.
- Un cop finalitzat el tractament tocolític es recomana prolongar l'ingrés 24-48 h (segons setmanes de gestació i condicions cervicals), amb increment progressiu d'activitat física i comprovar que no es reinicia la dinàmica uterina.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

6. SEGUIMENT A L'ALTA

A l'alta es citarà a la pacient en una setmana a CCEE de Prematuritat (**Gabinet de Benestar Fetal dilluns matí / ARO 1 divendres matí**). No es recomana l'ús de Nifedipina oral ni tampoc de progesterona vaginal com a tocòlisi de manteniment (excepte si la pacient ja es tractava amb progesterona prèviament) .

Es recomanarà evitar l'exercici físic i la bipedestació perllongada. El repòs no ha demostrat disminuir la taxa de prematuritat però sí que és habitual que augmenti l'aparició i la percepció materna de DU.

7. VIA DEL PART

Si gestació única CEFÀLICA

- NN amb RISC EXTREMADAMENT ALT (22-23⁶ SA i alguns >24 SA amb factors desfavorables): Part vaginal. No considerada cesària per motius fetals.
- NN amb RISC ALT (22-23⁶ SA amb factors favorables i alguns >24 SA amb factors desfavorables): intent de part vaginal. Considerar cesària si SPBF o RCIU tipus II-IV >24SA.
- NN amb RISC MODERAT (Majoria de > 24 SA i alguns 23-23⁶ SA amb factors favorables: Intent de part vaginal. Considerar cesària si SPBF o RCIU tipus II-IV >24SA.

Si gestació única NO CEFÀLICA:

- < 24 SA: part vaginal.
- 24 - 32 SA o < 1500g: Cesària
- > 32 SA i >1500g:
 - Presentació podàlica: intent de part vaginal.
 - Presentació transversa: cesària.

* Veure protocol específic d' "Actuació perinatal als límits de la viabilitat" (OBS- PM-040).

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

8. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE; Born Too Soon Preterm Birth Action Group. Born too soon: preterm birth matters. *Reprod Health*. 2013;10 Suppl 1(Suppl 1):S1.
- ² Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm Labor: One Syndrome, Many Causes NIH Public Access. *Science*. 2014;345(6198):760–5.
- ³ Palacio M, Cobo T, Bosch J, Filella X, Navarro-Sastre A, Ribes A, et al. Cervical length and gestational age at admission as predictors of intra-amniotic inflammation in preterm labor with intact membranes. *Ultrasound Obs Gynecol*. 2009;34:441–7.
- ⁴ Gomez R, Romero R, Nien JK, Chaiworapongsa T, Medina L, Kim YM, Yoon BH, Carstens M, Espinoza J, Iams JD, Gonzalez R. A short cervix in women with preterm labor and intact membranes: a risk factor for microbial invasion of the amniotic cavity. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Mar;192(3):678-89.
- ⁵ Chen MX, Dansereau J, Hoag GN. Comparison of Fetal Fibronectin and Phosphorylated Insulin-Like Growth Factor Binding Protein-1 Testing to Predict Preterm Delivery in Symptomatic Women: A 10-Year Retrospective Study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020 Aug;42(8):971-976.
- ⁶ Asiegbu AC, Eleje GU, Ibeneme EM, Onyegbule OA, Chukwu LC, Egwim AV, Okonko CO, Eze SC, Eke AC. Combined insulin-like growth factor binding protein-1/interleukin-6 (Premaquick) versus fetal fibronectin for predicting preterm delivery among women with preterm contractions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 May;149(2):171-177.
- ⁷ Eleje GU, Ezugwu EC, Eke AC, Eleje LI, Ikechebeli JI, Ezebialu IU, Obiora CC, Nwosu BO, Ezeama CO, Udigwe GO, Okafor CI, Ezugwu FO. Accuracy of a combined insulin-like growth factor-binding protein-1/interleukin-6 test (Premaquick) in predicting delivery in women with threatened preterm labor. *J Perinat Med*. 2017 Nov 27;45(8):915-924.
- ⁸ Crispi FLE, Pedrero C, Carreras E, Higuera T, Hermosilla E, Cabero L, Gratacós E. [Curvas de normalidad de la longitud cervical uterina ecográfica según edad gestacional en población española]. *Prog Obstet Ginecol* 2004; 47: 264–271.
- ⁹ Palacio M, Sanin-Blair J, Sánchez M, Crispi F, Gómez O, Carreras E, Coll O, Cararach V, Gratacós E. The use of a variable cut-off value of cervical length in women admitted for preterm labor before and after 32 weeks. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007 Apr;29(4):421-6.

OBS-PM-008. Rev.04

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

AMENÇA DE PART PRETERME

OBS-PM-008. Rev.04

9. ANNEXOS

9.1 CONDICIONS PER A LA REALITZACIÓ DE LA MESURA LONGITUD CERVICAL:

Per garantir un bon valor predictiu de la longitud cervical, la seva mesura s'ha de fer de forma adequada. Es recomana realitzar-la de la següent manera:

- Buidament previ de la bufeta urinària.
- Introduir la sonda vaginal fins al fons de sac vaginal anterior, evitant una excessiva pressió.
- Obtenir una imatge en pla mitjà-sagital del cèrvix, identificant el canal cervical, l'àrea triangular de l'orifici cervical extern i l'osca amb forma de "V" de l'orifici cervical intern.
- Augmentar la imatge perquè el cèrvix ocupi almenys el 75% de la imatge.
- Mesurar la distància de la cadena sense incloure l'embut (*longitud efectiva*) La pressió fúndica pot ser d'utilitat per a revelar l'orifici cervical intern o provocar funnelling.
- Obtenir tres mesures i registrar la menor d'elles.

9.2 CONDICIONS PER FER AMNIOCENTESI

Prèviament al procediment, ha de conèixer-se el RhD i les serologies VIH, VHB (HbsAg), que se sol·licitaran de forma urgent en cas de ser desconegudes.

En general, és preferible evitar una punció transparentària sempre que sigui possible.

En cas d'infecció materna per VIH, VHB o VHC, s'haurà de valorar el risc-benefici de l'amniocentesi diagnòstica per valoració d'infecció intra-amniòtica. Podent-se limitar als casos amb sospita clínica d'infecció.