"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 51 -GCPS-ESSALUD-2021

Lima, 29 OCT. 2021

VISTA:

La Nota Nº 633-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 con el Informe Nº 379-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD, tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley Nº 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, en el Plan Estratégico Institucional 2020-2024, se establece como segundo objetivo estratégico de ESSALUD, "Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades";

Que, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, se aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y Concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud -ESSALUD, establece en el artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, el literal a) del mismo artículo establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, conforme al Reglamento de Organización y Funciones es competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud formular y aprobar documentos técnicos normativos de prevención, promoción y rehabilitación de salud;

M. MASCARO C. Sub-Gerente

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

J. SERIDA M. Gerente Central

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
BEATRIZ CASAÑO QUISPE
Fedatario Titular
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2020
10 OCT. 2021

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 51-GCPS-ESSALUD-2021

Que mediante Resolución de Gerencia General Nº 900-GG-ESSALUD-2016, se aprueba el "Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021", la cual tiene por objeto establecer las directrices que oriente el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar la oportunidad y calidad de la atención de la salud materna y perinatal;

Que, resulta necesario aprobar el Documento Técnico propuesto por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud denominado Documento Técnico Orientador: "Prevención del Parto Pretérmino en el Seguro Social de Salud - ESSALUD", con el objeto de estandarizar los procesos y procedimientos, dirigidos a la reducción del parto pre término y sus secuelas, en la población asegurada a EsSalud, según niveles de capacidad resolutiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de las Redes Prestacionales/Asistenciales de EsSalud.

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico Orientador: "Prevención del Parto Pretérmino en el Seguro Social de Salud - ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asistencia técnica del Documento Técnico Orientador: "Prevención del Parto Pretérmino en el Seguro Social de Salud-ESSALUD", aprobado por la presente Resolución.

3. **ENCARGAR**, a la Gerencia Central de Operaciones, contribuir al cumplimiento de la implementación del presente Documento Técnico, en el marco de sus funciones.

4. **ENCARGAR,** a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la remisión a Secretaría General de la presente Resolución, para su publicación en el Compendio Normativo institucional, en la intranet y en la página Web institucional del Seguro Social de Salud -EsSalud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. JORGE SERIDA MORISAKI
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
BEATRIZ CASAÑO QUISPE
Fedatario Titular
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2020
10 OCT. 2021

NIT 167-2021-13

30

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Nº 51 -GCPS-ESSALUD-2021

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - ESSALUD - GCPS
VºBº
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente

DOCUMENTO TECNICO ORIENTADOR

PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD -ESSALUD

Sub Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - ESSALUD - GCPS
VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

PERU 2021

PREVENCION DEL PARTO PRETÉRMINO EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

	Nombre	CARGO	V°B°
Elaborado por	Marco Mascaró Collantes	Subgerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias	
Revisado por	Tania Paredes Quiliche	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud	
Aprobado por	Jorge Serida Morisaki	Gerente Central de Prestaciones de Salud	

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I: DISPOSICIONES INICIALES	4
Artículo 1. Objeto	
Artículo 2. Finalidad	
Artículo 3. Marco Normativo	
Artículo 4. Ámbito de Aplicación	
Artículo 5. Definiciones	
Artículo 6. Acrónimos	
CAPITULO II: RESPONSABILIDADES	10
CAPITULO III: DISPOSICIONES GENERALES	11
CAPITULO IV : DISPOSICIONES ESPECIFICAS	12
CAPITULO V : DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	18
ANEXOS	20

PRESENTACIÓN

El parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, el riesgo de muerte o morbilidad severa con riesgo de secuelas permanentes de los recién nacidos prematuros depende del peso y la edad gestacional al nacer. La mayor morbimortalidad neonatal y la mayor tasa de secuelas se concentra en los nacimientos con menos de 32 semanas, por tanto, debe ser en este grupo hacia el que este dirigido el mayor esfuerzo para lograr su disminución. Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a la prematuridad. Un recién nacido (RN) con peso menor de 1.500 gramos tiene un riesgo de morir en su primer año de vida 180 veces superior al de un RN mayor de 2.500 gramos. En general el riesgo de muerte de un RN prematuro es 20 veces mayor que el de un RN a término.

Actualmente se considera desde el punto de vista etiológico al parto pretérmino, espontáneo, como un síndrome y no una patología por sí misma, siendo una condición cuya causa se manifiesta con el inicio de contracciones uterinas y la dilatación cervical, que comienza antes de la semana 37 de gestación. Las principales condiciones relacionadas con el parto pretérmino se detallan en el Anexo N° 1.

Los partos prematuros pueden ser categorizados en tres entidades clínicas[1] que se distribuyen aproximadamente en tercios:

a. Parto pretérmino espontáneo con membranas integras, (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas integras), 31 – 40% de los partos pretérmino.
b. Parto pretérmino asociado a rotura prematura de membranas, (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), 30 – 40% de los partos pretérmino.
c. Parto pretérmino electivo, (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal), 20 – 25% de los partos pretérmino.

Las evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar las siguientes causas: Infección intraamniótica, es la única en que se ha podido establecer una relación causal firme respecto a la prematuridad, isquemia útero-placentaria, disfunción cervical, sobredistensión uterina, factores inmunológicos y hormonales, y estrés físico y psicológico.

La prematuridad es un grave problema para los sistemas de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad neonatal y en la infancia que determinan, además la atención de los nacidos prematuramente genera una elevación de los costos económicos y sociales que ocasiona su atención.

[1] Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD el al. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet.; 371(9606):75-84.Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177778

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES INICIALES

ARTÍCULO 1. OBJETO

Estandarizar los procesos y procedimientos, dirigidos a la reducción del parto pretérmino y sus secuelas, en la población asegurada a EsSalud.

ARTÍCULO 2. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud materna y neonatal, mediante la implementación de la mejora de los procesos para la reducción del parto pretérmino en las IPRESS del Seguro Social de Salud – EsSalud.

ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

3.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
3.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
3.3. Ley N° 26758, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3.4. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR; y sus modificatorias.
3.5. Ley Nº 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.
3.6. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
3.7. Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2019-SA.
3.8. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, incluidas sus precisiones y prórrogas.
3.9. Resolución Ministerial N° 450-2010/MINSA, que aprueba las Guías Técnicas para la Atención Diagnóstico y Tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS).
3.10. Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°001-MINSA/DGSP-V-02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
3.11. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N°105-MINSA/ DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna".
3.12. Resolución Ministerial Nº 245-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 097-MINSA/2020/DGIESP "Directiva Sanitaria para la Prevención y Atención de la Gestante y del Recién Nacido con Riesgo o infección por COVID-19".
3.13. Resolución Ministerial Nº 275-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 099-MINSA/2020/DGIESP "Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto del COVID-19".
3.14. Resolución Ministerial Nº450-2021-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 131-MINSA/2021/DGIESP "Directiva Sanitaria para la atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por la COVID-19".
3.15. Acuerdo de Consejo Directivo Nº 4-3-ESSALUD-2020, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2020-2024 del Seguro Social de Salud.
3.16. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y Concordado

fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.

3.17. Resolución de Gerencia General N° 551-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva Nº 10-GG-ESSALUD-2010 "Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud".

3.18. Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021.

3.19. Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 21-GCPP-ESSALUD-2020 "Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD".

3.20. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 86-GCPS-EsSalud-2017, que aprueba la Directiva Nº 002-GCPS-ESSALUD-2017 "Atención Integral de la Salud Materna en las etapas Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio en ESSALUD".

3.21. Resolución Nª 138-IETSI-ESSALUD-2018, que aprueba la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino.

3.22. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 18-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Manejo de la gestante y del Recién Nacido con COVID-19".

3.23. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 29-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Salud Materna en el contexto de la pandemia por COVID-19 en EsSalud".

3.24. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 42-GCPS-ESSALUD-2021, que aprueba el Documento Técnico Orientador: Atención Preconcepcional en EsSalud.

ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación y cumplimiento en todas las Redes Asistenciales/Prestacionales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud-EsSalud; propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP), de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el contrato suscrito.

ARTÍCULO 5. DEFINICIONES

5.1. Aborto. Toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de amenorrea o con un peso del producto de la gestación menor de 500 gramos.

5.2. Ácidos grasos Omega 3 (DHA) y (EPA)**.** Son ácidos grasos esenciales poli insaturados de cadena larga. Se encuentran únicamente en los aceites de origen marino.

5.3. Amenaza de parto pretérmino. Es la presencia de contracciones uterinas con frecuencia de 1/10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, por un lapso no menor de 60 minutos, con borramiento cervical del 50% o menos, y dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación.

5.4. Anemia. Trastorno caracterizado por una reducción en el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre, hasta una cantidad que hace insuficiente la satisfacción de las necesidades del transporte de oxígeno del organismo, con repercusión en la fisiología fetal.

5.5. Anemia por deficiencia de hierro. Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica.

5.6. Atención Preconcepcional /pregestacional. Conjunto de intervenciones y actividades de atención integral realizada en una IPRESS por profesional calificado que se brinda a

una mujer o a una pareja con el fin de planificar una gestación y/o preparar a una mujer para el embarazo.

5.7. Bacteriuria asintomática (B.A.). Se denomina bacteriuria asintomática, a la colonización de la orina cultivada en un número de más de 100.000 colonias por ml sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario. La mayoría de bacteriurias asintomáticas se dan en el primer trimestre de la gestación[2]. En el primer nivel de atención operativamente se define bacteriuria asintomática: si el tamizaje con la tira reactiva de orina en cada atención el viraje de color es positiva.

5.8. Caso probable de sífilis. Toda persona que cumple al menos uno de los siguientes criterios:

a) Un resultado reactivo en una prueba de tamizaje para sífilis, con o sin evidencia clínica de sífilis primaria o sífilis secundaria.
b) Presencia de una o más úlceras genitales o extra genitales induradas (chancro duro), con antecedente de contacto con un caso confirmado de sífilis.

5.9. Caso confirmado de sífilis. Toda persona que tenga al menos una prueba de tamizaje para sífilis reactiva (con títulos iguales o mayores a 8 diluciones) y con prueba confirmatoria reactiva, con o sin evidencia clínica de sífilis primaria o sífilis secundaria.

5.10. Caso de gonorrea. Toda persona con o sin sintomatología, que cumple al menos uno de los siguientes criterios de laboratorio, basado en una muestra clínica adecuadamente obtenida.

a) Detección microscópica de diplococos Gram negativos intracelulares.
b) Aislamiento de Neisseria gonorrhoeae, mediante cultivo en medio selectivo de Thayer-Martin.
c) Detección de ácido nucleico de Neisseria gonorrhoeae.

5.11. Cérvix corto. Se define como el cérvix medido por ecografía transvaginal, realizada preferentemente entre las 22 – 24 semanas de gestación, cuya longitud es igual o menor de 25 mm en el embarazo único. Hay evidencia de que, en ausencia de contracciones uterinas, la medición ecográfica de la longitud cervical es un método eficaz para detectar la población de riesgo de parto pretérmino. En pacientes asintomáticas, la presencia de un cérvix < 25 mm incrementa el riesgo de parto pretérmino < 34 semanas un 35%; a pesar de que la prevalencia de cérvix corto en la población de bajo riesgo es muy baja, del 1-2%[3]

5.12. Cervicometría. Es el estudio ecográfico que se realiza por vía transvaginal que permite evaluar las características del cérvix uterino materno con el objeto de establecer el riesgo de parto prematuro

5.13. Concentración de hemoglobina. Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro (g/dL) o gramos por litro (g/l)

5.14. Factor de riesgo. Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando

---

2 Modificado de: PROTOCOLO: INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN Servei de Medicina Maternofetal.Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones-urinarias-y-gestacion.html

3 PROTOCOLO: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. Hospital Clinic Barcelona. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obsstetrica/manejo%20de%20la%20paciente%20con% 20 riesgo%20de%20parto%20prematuro.pdf

está presente determina un aumento de la probabilidad de sufrir un daño en la madre, el feto o ambos.

5.15. Gestante con Bajo Peso. Es la que su Índice de masa corporal pre gestacional (IMC-PG), es menor de 18.5Kg/m^2

5.16. Incompetencia cervical (IC). Es la incapacidad del cérvix para mantener el embarazo en ausencia de signos y síntomas de actividad uterina, o trabajo de parto, o ambos en el segundo trimestre. La incompetencia cervical representa 10% de las causas de parto pretérmino espontaneo

5.17. Índice de masa corporal pre gestacional (IMC-PG). Índice que sirve para clasificar el estado nutricional previo al embarazo y a partir de esa información estimar la ganancia de peso que debe tener durante el mismo. Permite diagnosticar como:

- Bajo Peso si el IMC-PG es <18.5 kg/m2,
- Normal si el IMC-PG se encuentra entre 18.5 a 24.9 kg/m2,
- Sobrepeso si el IMC-PG se encuentra entre 25.0 a 29.9 kg/m2,
- Obesa si el IMC-PG es igual o mayor a 30.0 kg/m2.

5.18. Manejo Sindrómico de las ITS. Se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microorganismos, o contra los más peligrosos, responsables del desarrollo de este síndrome.

5.19. Nacimiento periviable. El parto que se produce de 20 0/7 semanas a 25 6/7 semanas de gestación.

5.20. Nacido pretérmino. Se define como el nacimiento de un niño nacido vivo, que ocurre antes de las 37 semanas gestación[4] (259 días contados a partir del primer día de la última menstruación confiable). Según la OMS se considera parto pretérmino con recién nacido con peso más de 500 gramos o 25 cm de longitud corono-rabadilla.

5.21. Nacido vivo. Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

5.22. Parto. Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos: placenta, cordón umbilical y membranas.

5.23. Parto pretérmino o prematuro. Es el parto, con nacido vivo, que ocurre antes de la semana 37 o los 259 días de embarazo, contados a partir del primer día de la última menstruación de características confiables, o estimado el tiempo de gestación por examen ecográfico, preferiblemente realizado en el primer trimestre de la gestación.

Sub categorías de nacimiento prematuro, basado en las semanas de gestación[5]:

a. Extremadamente prematuro (<28 semanas)
b. Muy prematuro (28 semanas a <32 semanas)
c. Prematuro moderado o tardío (32 semanas a <37 semanas)

---

4 Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. N Engl J Med 1998; 339:313-20. . The management of preterm labor. Obstet Gynecol 2002; 100:1020-37. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12423870

5 Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Organización Mundial de la Salud. Nueva York 2012. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/es/

5.24. Prevención primaria del Parto Pretérmino. Las acciones que se realicen con la finalidad de eliminar o atenuar el efecto de los factores de riesgo en la población general sin antecedentes de nacimiento pretérmino. Las intervenciones se desarrollan en etapa preconcepcional o durante el embarazo.

5.25. Prevención secundaria del Parto Pretérmino. Atención médica diferenciada en gestantes que se hayan identificado factores de riesgo de parto pretérmino, preferentemente en aquellas con antecedentes de parto pretérmino, o presenten enfermedades intercurrentes favorecedoras de parto pretérmino.

5.26. Prevención terciaria del Parto Pretérmino. Desarrollo de acciones en gestantes con amenaza o inicio de parto pretérmino, que permitan disminuir en forma eficaz la morbimortalidad perinatal asociada al nacimiento prematuro y sus secuelas en el recién nacido.

5.27. Peso pre gestacional. Es la cantidad de masa corporal de la mujer antes del embarazo y se expresa en kilogramos (kg). Es de utilidad para identificar el Índice de masa corporal pre gestacional, el cual sirve para clasificar el estado nutricional de la gestante y monitorear su ganancia de peso de acuerdo a su clasificación.

5.28. Plan de vida reproductivo. Implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información para la libre decisión sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. El derecho al acceso a servicios y programas de calidad que permitan recibir servicios adecuados de atención de salud lo que permitirán embarazos y partos sin riesgos

5.29. Población objetivo

a. Mujeres en edad fértil que acuden a consulta preconcepcional.
b. Mujeres en edad fértil que acuden a consulta general o especializada en la que se identifica algún factor de riesgo de parto pretérmino.
c. Gestantes que acuden a consulta prenatal, antes de la semana 32 de la gestación en las que se identifique al menos un factor de alto riesgo de parto pretérmino.
d. Las mujeres gestantes adolescentes y de 40 años y más serán consideradas población de alto riesgo independiente de la paridad anterior y de la presencia o no de otros factores de riesgo.

5.30. Recién nacido de alto riesgo. Se define como el niño nacido antes de completar las 32 semanas de gestación, que generalmente nace con menos de 1,500 gramos de peso.

5.31. Riesgo nutricional. Es la probabilidad de sufrir un daño a la salud por presentar malnutrición o tener inadecuados hábitos o comportamientos alimentarios

5.32. Riesgo obstétrico. Es la probabilidad que tiene una mujer de sufrir un daño, durante el embarazo. La detección del riesgo la realiza el personal de salud que atiende a la gestante. Requiere de una identificación constante y dinámica ya que las condiciones de probabilidad del daño pueden durante la progresión del embarazo.

5.33. Riesgo reproductivo. Es la mayor probabilidad a la de la población general que tiene una mujer en edad fértil de sufrir un daño, ella o su bebé, de iniciar un embarazo.

5.34. Rotura Prematura de Membranas Amnióticas (RPM). Se define como la rotura espontánea de las membranas amnióticas al menos dos horas antes del inicio del trabajo de parto. Puede ocurrir en embarazos de término o pretérmino. Se produce en aproximadamente el 10% de los nacimientos y se asocia a un tercio de los nacimientos de pretérmino·

5.35. Síntomas del parto prematuro. Una mujer ha presentado antes de las 37 semanas de embarazo los síntomas que sugieren un parto prematuro (como dolor abdominal), pero no se ha realizado una evaluación clínica como registro manual o electrónico de la actividad uterina (incluido el espéculo, el examen vaginal digital).

5.36. Sospecha de parto prematuro. Una mujer tiene sospecha de parto prematuro si ha informado síntomas de parto prematuro y se ha realizado una evaluación clínica que incluye registro manual o electrónico de la actividad uterina (incluido un espéculo o un examen vaginal digital) que confirma la posibilidad de un parto prematuro, pero descarta el parto establecido.

5.37. Trabajo de parto pretérmino, en fase activa o establecido. Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1-2 cada 10 minutos, de 30 segundos o más de duración medida por palpación, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos o más, con borramiento del cuello uterino mayor de un 50% o menos y una dilatación igual o mayor a 4 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.

5.38. Trauma cervical. Lesión física en el cuello uterino, incluida la cirugía; por ejemplo, biopsia de cono previa, (cuchillo frío o láser), extirpación de la zona de transformación o diatermia radical.

5.39. Vaginosis bacteriana. Síndrome clínico que se origina por el reemplazo del Lactobacillus sp. productor del peróxido de hidrógeno normal, por altas concentraciones de bacterias anaerobias como Gardnerella vaginalis y Mycoplasma hominis. Aún no se comprende la causa de esta alteración microbiana en su totalidad.

5.40. Vaginosis bacteriana en el embarazo. Existe evidencia de una asociación entre la vaginosis bacteriana y un aumento en la incidencia de resultados adversos en el embarazo (por ejemplo, ruptura prematura de membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer). Las gestantes sintomáticas deben recibir tratamiento y debe realizarse el tamizaje de aquellas que tengan antecedentes de parto prematuro para la detección de infecciones asintomáticas.

5.41. Viabilidad fetal: Es la probabilidad que tiene un feto de sobrevivir fuera del útero

ARTÍCULO 6. ACRONIMOS

AGPIL	Ácidos Grasos Poli insaturados de Cadena Larga
BPN	Bajo peso al nacer
B.A.	Bacteriuria asintomática
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición
CNV	Sistema de Registro del Certificado del Nacido Vivo en Línea
CPN	Control Prenatal
DPP	Desprendimiento prematuro de placenta
EG	Edad gestacional
FAR	Factores de alto riesgo
FR	Factores de Riesgo
GEG	Grande para la edad gestacional
IC	Incompetencia cervical
IMC-PG	Índice de Masa Corporal Pre Gestacional
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
ITU	Infecciones del tracto urinario
MEF	Mujeres en edad fértil

MINSA	Ministerio de salud
msnm	Metros sobre el nivel del mar
OCE	Orificio cervical externo
OCI	Orificio cervical interno
OMS	Organización Mundial de la Salud
RCIU	Retardo del crecimiento Intrauterino
RPM	Rotura prematura de las membranas amnióticas.
RN	Recién nacido vivo
PPT	Parto pretérmino
RNPT	Recién nacidos pretérmino
TPP	Trabajo de parto pretérmino.
TRA	Técnicas de Reproducción Asistida
VB	Vaginosis bacteriana
VBE	Vaginosis bacteriana en el embarazo
VO	Vía oral

CAPÍTULO II

RESPONSABILIDADES

ARTÍCULO 7. El Gerente/Director de Red Prestacional/Asistencial, Gerente de Servicios Prestacionales del nivel I y II, o quien haga sus veces son responsables de:

7.1. Planificar, controlar y evaluar en el ámbito de su competencia las acciones y estrategias para la implementación y cumplimiento del presente documento técnico a nivel de la Red Prestacional /Asistencial.
7.2. Gestionar en coordinación con las áreas correspondientes, la implementación de la mejora de los procesos para la atención de las gestantes con riesgo de parto pretérmino.
7.3. Gestionar los recursos para la atención integral de la gestante y su recién nacido, teniendo en cuenta la demanda de atención y oferta disponible.

ARTÍCULO 8. El Gerente/Director de IPRESS:

8.1 Dirigir, planificar, controlar, organizar y ejecuta las acciones para la atención de las gestantes
8.2 Gestionar los recursos humanos, logísticos, tecnológicos, la organización y programación del personal a su cargo para la atención integral de la madre y el neonato.
8.3 Realizan acciones y estrategias de trabajo en forma presencial y/o remota usando las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para fomentar estilos de vida saludables en la mujer, su familia y la comunidad, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, a fin de contribuir a una gestación, parto y puerperio saludable.

ARTÍCULO 9. El Gerente/Jefe de Departamento Gineco-Obstetricia/ Jefe del Departamento Materno Infantil/ Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia/ Jefe del Servicio Médico Quirúrgico o su equivalente es el responsable de la programación del personal asistencial.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES

ARTÍCULO 10. DISPOSICIONES GENERALES

10.1 ORGANIZACIÓN

10.1.1 De la Organización de la Red

a. Las Redes Asistenciales/Prestacionales, disponen las actividades para la prevención del parto pretérmino en las IPRESS, por profesional de la salud calificado (médico gineco obstetra/ médico de familia, médico general u obstetriz/obstetra), de acuerdo al nivel de atención, siendo su implementación progresiva y bajo responsabilidad, considerando las medidas de bioseguridad en el contexto de la pandemia COVID-19.

b. Las Redes Asistenciales/Prestacionales organizan la red funcional materna según la capacidad resolutiva de las IPRESS, estableciendo las actividades de prevención del parto pretérmino y el sistema de referencia y contra referencia.

c. Las actividades para la prevención del parto pretérmino se realizan en los consultorios de la IPRESS de manera presencial y/o mixta, virtual. La mujer es atendida por los profesionales según sus competencias y capacidades, con enfoque de interculturalidad, con los recursos necesarios, ambientes adecuados para la atención y medidas de bioseguridad correspondientes.

10.1.2 De la Organización de la IPRESS

a. Las IPRESS desarrollan procesos de atención y disponen de los recursos necesarios, de acuerdo a su capacidad resolutiva para realizar las actividades de prevención del parto pretérmino.

b. Las IPRESS aseguran la realización de las actividades presenciales de prevención del parto pretérmino, con las medidas de bioseguridad para evitar la infección por COVID-19.

c. Las IPRESS determinan los flujos de atención de la mujer/gestante para las actividades de prevención del parto pretérmino en ambientes de consultorio externo, ecografía y laboratorio, con las medidas de seguridad para pacientes y personal asistencial.

10.2 CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO. SEGÚN NIVEL DE PREVENCIÓN.

10.2.1 Intervenciones para la Prevención Primaria

Son las acciones que se realizan en la población general de mujeres en edad fértil y gestantes, que en aparente ausencia de enfermedad tienen como objetivo prevenir su aparición o detectarlas precozmente con la finalidad de atenuar el posible daño que producirían.

Los tres componentes de este momento son:

a. Atención preconcepcional. (ver anexo 2)
b. Identificación de factores de Riesgo.
c. Acciones durante la Atención Prenatal.

10.2.2 Intervenciones para la Prevención Secundaria.

Son acciones de atención médica diferenciada en gestantes que se hayan identificado factores de riesgo de parto pretérmino, preferentemente en aquellas con antecedentes de parto pretérmino, o presenten enfermedades intercurrentes favorecedoras de parto prematuro. Estas pacientes se refieren a la IPRESS con capacidad resolutiva y/o tercer nivel de atención para su manejo oportuno según Guía de Práctica Clínica (GPC).

10.2.3 Intervenciones para la Prevención terciaria.
Son acciones en gestantes con amenaza o inicio de parto pretérmino, que permitan disminuir en forma eficaz la morbimortalidad perinatal asociada al nacimiento prematuro y sus secuelas en el recién nacido y su manejo oportuno, se realiza según Guía de Práctica Clínica (GPC) para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino de EsSalud.

10.3 SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN.

Nivel I de atención. - Se realiza:

a. Atención preconcepcional.
b. Captación y control prenatal (Identificación y manejo del riesgo).
c. Diagnóstico clínico y referencia oportuna al nivel correspondiente según riesgo identificado o patología.
d. Referir al segundo nivel a la gestante con antecedente de 03 perdidas perinatales del segundo trimestre. Gestante menor de 34 semanas con antecedente de 1 o más partos pretérminos.

Nivel II de atención. – Se realiza:

a. Atención preconcepcional.
b. Captación y control prenatal (Identificación, diagnóstico y manejo del riesgo obstétrico).
c. Identificación, diagnóstico y manejo de la amenaza del parto pretérmino según capacidad resolutiva.
d. Referencia al nivel correspondiente según riesgo identificado y capacidad resolutiva.

Nivel III de atención. - Se realiza:

a. Atención preconcepcional de MEF con factores de riesgo o comorbilidades.
b. Captación y control prenatal de gestantes de alto riesgo.
c. Identificación, diagnóstico y manejo de la amenaza del parto pretérmino y parto pretérmino.
d. Contrarreferencia al nivel correspondiente según evolución y factores de riesgo.

10.4 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN:

Ver Anexo N°3

CAPITULO IV. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

ARTÍCULO 11. PREVENCIÓN PRIMARIA DEL PARTO PRETERMINO

11.1 INTERVENCIONES EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL. Atención Preconcepcional. Identificación y Atención del Riesgo Reproductivo.

a. Toda mujer en edad fértil que acuda a consulta en cualquier servicio de salud debe ser evaluada y debe indagarse sobre su plan de vida reproductiva, determinándose si existe condiciones de riesgo para poder orientar su referencia a la atención de riesgo preconcepcional; donde se realizará la evaluación (Anexo 2), por profesional calificado de acuerdo al nivel de atención.
b. Los profesionales de especialidades clínico – quirúrgicas, médicos de familia, médicos generales y profesionales no médicos, que atienden mujeres en edad fértil deben indagar acerca del **Plan de Vida Reproductiva** de la paciente, y referirla previa información al especialista de ginecobstetricia consignando el tiempo que debe espaciar el momento para el inicio de un nuevo embarazo.

c. Brindar atención preconcepcional a toda mujer en edad fértil, en la que se debe realizar acciones de promoción y prevención para adquirir hábitos saludables y controlar riesgos para parto prematuro, por el equipo multidisciplinario de acuerdo a su perfil profesional, tanto cuando es por solicitud de la usuaria o si es referida de otra IPRESS.
d. En mujeres con enfermedades crónicas se debe orientar para que el inicio del embarazo sea concertado con el especialista correspondiente para garantizar el momento óptimo.

11.1.1 Intervenciones Preventivas

Estilo y hábitos de vida.

a. Orientar el abandono total de adicciones como tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
b. Determinar la característica de la carga física que representa las labores que habitualmente realiza la mujer teniendo especial cuidado en identificar si debe permanecer largos periodos de pies y levantar exceso de peso. Cada caso será evaluado individualmente según la actividad realizada por la paciente
c. Indagar sobre posible violencia física o sexual es también necesario, de ser positiva esta situación solicitar evaluación psicológica.

Educación sobre riesgos de la prematuridad.

a. Informar sobre los riesgos de mortalidad y secuelas de los recién nacidos prematuros, como forma de reforzar las acciones dirigidas a la prevención eliminando la falsa creencia, establecida en algunas personas, que consideran que el desarrollo de las técnicas actuales ha eliminado completamente los problemas del recién nacido prematuro.
b. Enfatizar que el factor de riesgo más importante para la predicción de parto pretérmino es el antecedente de parto pretérmino previo

Orientación nutricional.

a. Las mujeres en edad fértil, que planean un embarazo, deben recibir una dieta equilibrada calórica/proteica y con aporte balanceado de vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos omega 3 (que tienen la propiedad de reducir los niveles de citoquinas pro inflamatorias).
b. La fortificación preconcepcional con ácido fólico durante un año antes de embarazo disminuye la posibilidad de parto prematuro. El ácido fólico contribuye a prevenir malformaciones congénitas del tubo neural, partos prematuros, mejorar la producción de ADN, glóbulos sanguíneos adicionales que necesita para el crecimiento de la placenta y el feto.
c. Enfatizar la importancia de la ganancia ponderal según su índice de masa corporal (IMC) sobre todo en el tercer trimestre, ya que una ganancia menor de lo esperado constituye un factor de riesgo para el parto pretérmino.

Control de la enfermedad periodontal. El examen de la cavidad oral forma parte del examen integral a realizar en una mujer que desea nuevo embarazo y ser evaluada por odontología, se debe prevenir y tratar la enfermedad periodontal.

Asesoramiento individual sobre fertilización asistida. Informar y orientar a la mujer o pareja que opte por tratamientos de fertilidad asistida que constituyen factores de riesgo para el incremento de nacimientos pretérmino, especialmente en gestaciones múltiples, aunque también en embarazos con feto único.

11.1. 2 Identificación de Factores de Riesgo.

Antecedente de parto pretérmino.

a. Pre eclampsia severa en embarazo anterior.
b. Cirugía uterina previa y/o mal formación uterina no tratada.
c. Comorbilidades.
d. Embarazo múltiple en familiares y/o reproducción asistida.

Toda paciente con **factor de riesgo para parto pretérmino,** debe ser referida para la atención en consulta especializada por gineco-obstetra **(Ver anexo 4)**

11.2 INTERVENCIONES EN LA ETAPA DEL EMBARAZO.

11.2.1 Consejería en alimentación, actividad física, hábitos, adicciones, condición laboral e identificación de riesgo social.

11.2.2 Control odontológico para pesquisa enfermedad periodontal

11.2.3 Pesquisa de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática.

a. Durante el primer control de toda embarazada se solicita urocultivo. (12 – 14 semanas)
b. Realizar tamizaje (screening) con tira reactiva en cada atención para despistaje de bacteriuria asintomática y proteínas en orina.
c. Los esquemas de tratamiento se realizan de acuerdo a antibiograma o guías de práctica clínica.

ARTÍCULO 12. PREVENCIÓN SECUNDARIA (POBLACION DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO) (Ver anexo 4)

12.1 Identificación riesgo laboral. Si bien no hay evidencia que sugiera los beneficios de la misma, se recomienda adecuar la actividad laboral según su exigencia, de acuerdo a evaluación médica y normativa pertinente.

12.2 Evaluación nutricional. Se debe realizar consejería nutricional, principalmente en aquellas mujeres que inician su embarazo con un índice de masa corporal bajo. Se debe indicar una dieta balanceada en el aporte de proteínas, hidratos y grasas incluyendo ácidos grasos omega 3. (Evaluación por Nutricionista)

12.3 Detección y manejo de la vaginosis bacteriana en el segundo trimestre. La identificación y tratamiento precoz de la vaginosis bacteriana antes de las 20 semanas disminuye el riesgo de parto pretérmino en población de alto riesgo.

Considerar los siguientes factores de riesgo:

a. Antecedente de aborto espontáneo de segundo trimestre asociado a Infección Genito-Urinaria y/o con hallazgos en la biopsia placentaria de corioamnionitis, funisitis.
b. Antecedente de parto pretérmino asociado a infección genito-urinaria y/o con hallazgos en la biopsia placentaria de corioamnionitis, funisitis.
c. Infección cérvico vaginal recurrente en el embarazo actual (tres episodios o más).
d. Infección del tracto urinario (ITU) recurrente.
e. Diabetes pre y gestacional.
f. Depresión.
g. Obesidad.
h. Lupus eritematoso sistémico (LES).

La detección de la vaginosis se realiza con el método de Amsel.
Método de Amsel: Considerar tres de las siguientes características:

a. pH del flujo vaginal >4,5.
b. Presencia de una descarga vaginal gris, homogénea y adherente.
c. Liberación de olor a pescado al adicionar KOH al 10% al flujo.
d. Presencia de células claves en la observación al microscopio óptico.

12.4 Manejo Sindrómico para detección y tratamiento del flujo vaginal anormal en el segundo trimestre y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

En toda gestante deben evaluarse las conductas de riesgo que la puedan exponer al contagio con una infección de transmisión sexual y evaluar mediante el examen clínico y un análisis sindrómico la posibilidad de ser portadora de una ITS.

De identificarse alguna manifestación sindrómica que haga sospechar la posibilidad de una ITS se procederá según los lineamientos establecidos en la Guía de Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS) en ESSALUD.

12.5 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia. Se debe brindar información y consejería a las gestantes, sobre los efectos y consecuencias a veces irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención y cumplir correctamente el tratamiento indicado en caso de detectarse anemia. (ver anexo Nº 5)

Es necesario la suplementación de Hierro y Ácido Fólico en la gestante a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.

Otras acciones son:

a. Promoción del consumo de alimentos ricos en hierro.
b. Promoción del consumo y uso de agua segura en la preparación de alimentos
c. Despistaje y control de parasitosis intestinal en zonas geográficas con alta prevalencia.
d. Historia clínica completa haciendo énfasis en alteraciones catameniales tales como menorragia o metrorragia, periodos internatales, complicaciones hemorrágicas en parto o aborto previo, de ser el caso. variación anormal de peso, antecedentes de enfermedades renales, cardiovasculares, inmunohematológicas y oncológicas. Efectos adversos a suplementos de hierro en gestaciones anteriores.
e. Instruir a las gestantes que la sal ferrosa se absorbe mejor entre comidas por lo que se recomienda tomarla 1 o 2 horas después de las comidas. Las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), si bien son temporales, pueden limitar su adherencia y eficacia, debiendo comunicar de inmediato al personal de salud.

Es necesario el dosaje de hemoglobina, en el I, II y III trimestre e instaurar tratamiento de acuerdo al grado de anemia detectada:

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en mujeres (Hasta 1,000 msnm)

Nivel de la anemia según Hemoglobina	Severa	Moderada	Leve
Mujer gestante de 15 años o más	< 7.0	7.0 – 9.9	10.0 – 10.9
En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl			

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011

En zonas las geográficas, que se encuentren ubicadas sobre los 1,000 metros sobre el nivel del mar, se realizarán el ajuste de la hemoglobina observada (Anexo Nº 7).

Suplementación Preventiva con hierro y ácido fólico en la mujer gestante[6]

Inicio - Administración	Dosis	Producto	Duración
Gestantes a partir de la semana 14 de gestación	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de ácido fólico	Tableta de Sulfato Ferroso + Ácido fólico o tableta de hierro polimaltosado + ácido fólico	1 tableta al día hasta los 30 días post parto
Gestantes que inician atención prenatal después de la semana 32	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico		2 tabletas al día hasta los 30 días post parto.

En caso que la gestante no hubiera iniciado la suplementación en la semana 14 de gestación, lo hará inmediatamente después de la primera atención prenatal[13].

6 NTS N° 134-MNSA/2017/DGISP. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Aprobado con Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf

Cuando la adherencia al Sulfato Ferroso más ácido fólico no sea adecuada (< 75%) o se presentan efectos adversos que limitan su continuidad se podrá emplear como alternativa el Hierro Polimaltosado[13].

Tratamiento de Anemia con Hierro y Ácido Fólico en gestantes[13]

Condición de anemia	Dosis	Producto	Duración	Control de Hemoglobina
Leve	120 mg de hierro elemental + 800 µg de Ácido Fólico Diario (2 tabletas diarias)	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más (valores ajustados a los 1000 msnm)
Moderada		Hierro Polimaltosado(·)+ Ácido Fólico		
Severa	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (Hematología o Medicina Interna y Ginecología)			

(*) Producto ideal para tratamiento de anemia moderada por presentar menores efectos adversos a dosis necesarias en comparación con Sal Ferrosa[2]. De no contarse con dicho producto se utilizará sal ferrosa a las dosis indicadas

Manejo de Anemia según momento de diagnóstico de acuerdo a Trimestre de gestación

CONDICION DE ANEMIA	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
LEVE	Sal Ferrosa + Ac Fólico	Sal Ferrosa + Ac Fólico	Referencia IPRESS II o III Nivel Hierro Sacarato
MODERADA	Sal Ferrosa o Hierro Polimaltosado + Ac Fólico	Hierro Polimaltosado + Ac Fólico	Referencia IPRESS III Nivel Hierro Sacarato o Transfusión sanguínea
SEVERA	Referencia IPRESS III Nivel Hematología o Med Interna	Referencia IPRESS III Nivel Hematología o Med Interna	Referencia IPRESS III Nivel Hematología o Med Interna

Cuando la adherencia al sulfato ferroso más ácido fólico no sea adecuada (ingesta de < 75% de las tabletas proporcionadas por el personal de salud)[4] o se presentan efectos adversos que limitan su continuidad, se podrá emplear como alternativa tabletas de hierro polimaltosado o hierro sacarato EV, este último sobre todo para gestantes en el III trimestre, sea caso de anemia leve o moderada, por lo cual deberán ser referidas a IPRESS Nivel II o III en el más breve plazo[1,3]

Asimismo, se recomienda que toda gestante que no responda a la administración correcta de hierro oral (aumento de Hb < 1 o 2 g /dL en 2 o 4 semanas, respectivamente) se les debe administrar Hierro EV por lo cual deberán ser referidas a IPRESS Nivel II o III en el más breve plazo[3].

12.6 Medición del cuello uterino mediante ecografía transvaginal.

La detección mediante ecografía transvaginal de un cérvix acortado tiene fuerza como predictor de parto pretérmino. Cuanto mayor sea el acortamiento mayor es el riesgo y probabilidad de parto prematuro, de presentación espontánea.

En la realización de la Cervicometría tener en cuenta los siguientes criterios o condiciones (Anexo Nº 6)

Debe realizarse cervicometría a toda gestante con factores de Alto Riesgo de Parto pretérmino entre las 14 – 16 semanas de gestación y de encontrarse acortamiento, se repetirá el examen cada 2 semanas.

Criterios ecográficos de riesgo de PP

a. Longitud cervical < 25 mm antes de las 28 semanas.
b. Longitud cervical < 20 mm entre las 28 y 31,6 semanas.
c. Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más.

12.7 Indicación de progesterona en la prevención del parto pretérmino (PPT).

En gestantes asintomáticas con antecedente de PPT espontáneo, indicar progesterona vaginal micronizada (200 mg, una vez al día [durante la noche], desde el inicio del segundo trimestre en adelante o por lo menos hasta la semana 34 semanas), de acuerdo GPC.
En gestantes asintomáticas con cérvix corto identificado en ecografía transvaginal indicar progesterona vaginal micronizada (200 mg, una vez al día [durante la noche] desde el inicio del segundo trimestre en adelante o por lo menos hasta la semana 34).

12.8 Considerar Cerclaje Cervical en pacientes con antecedente de Partos Prematuros o pérdidas fetales recurrentes del segundo trimestre, y acortamiento cervical, hasta semana 24 de edad gestacional:

En ausencia de antecedentes de prematurez no hay evidencia en favor del uso del cerclaje cervical. El cerclaje cervical se encuentra contraindicado en las siguientes situaciones: trabajo de parto, corioamnionitis, metrorragia, rotura prematura de membranas, compromiso de la salud fetal. Debe advertirse los riesgos asociados con el procedimiento: infección y rotura prematura de membranas.

12.9 La enfermedad hipertensiva del embarazo. Es la principal causa de parto pretérmino electivo (interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal), por lo que su prevención y manejo adecuado pueden reducir su incidencia.

ARTÍCULO 13. PREVENCIÓN TERCIARIA: POBLACION CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.

13.1 Hospitalización y manejo según las Guías de Práctica Clínica para Amenaza de Parto Pretérmino y Atención del Parto Pretérmino según nivel de atención.

13.2 Referencia según la capacidad resolutiva de la IPRESS, de acuerdo la red obstétrica funcional.

ARTÍCULO 14. DE LOS RECURSOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS

14.1 La disponibilidad de recursos humanos con competencias y capacitados para las actividades de prevención del parto pretérmino; responderá al nivel de complejidad de la IPRESS, capacidad resolutiva y número de atención de partos.
14.2 Disponer de insumos: Cinta de papel pH con rango de pH: 3 – 6; Tiras Reactivas Diagnósticas para Infecciones de Vías Urinarias.
14.3 Disponer de ecografía Doppler.
14.4 Disponibilidad de medicamento progesterona vaginal micronizada 200mg.

ARTÍCULO 15. INDICADORES

15.1 Porcentaje de partos pretérmino por Red Asistencial/Prestacional.
15.2 Porcentaje de partos pretérmino por edad gestacional ≤ 28 semanas en Red

Asistencial/Prestacional.
15.3 Porcentaje de partos pretérmino por edad gestacional ≤ 32 y > 28 semanas en Red Asistencial/Prestacional
15.4 Porcentaje de partos pretérmino por edad gestacional ≤ 36 y > 32 semanas en Red Asistencial/Prestacional

CAPITULO V

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 16. MONITOREO Y EVALUACIÓN

16.1 Los indicadores establecidos se monitorean periódicamente para la evaluación de la implementación progresiva del presente documento técnico (Anexo Nº 7)
16.2 El incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente documento técnico por parte de los funcionarios, jefes de departamento, jefes de servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CÓDIGO DE LA CIE-10 DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES RELACIONADAS CON EL PARTO PRETÉRMINO.

Capítulo XV – Embarazo, Parto y Puerperio
O60.0 Trabajo de parto prematuro sin parto. Amenaza de parto pretérmino.
O60.1 Trabajo de parto prematuro con parto prematuro.

CIE - 10	CONDICIÓN
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	
O10	Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio
O13	Hipertensión gestacional inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa.
O14	Hipertensión gestacional inducida por el embarazo con proteinuria significativa O14.1 Preclampsia severa
O15	Eclampsia
O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	
O23.0	Infección del riñón en el embarazo
O23.1	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo
O23.2	Infección de la uretra en el embarazo
O23.3	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo
O23.4	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo
O24 Diabetes mellitus en el embarazo	
O24.0	Diabetes mellitus preexistente insulinodependiente, en el embarazo
O24.1	Diabetes mellitus preexistente no insulinodependiente, en el embarazo
O24.4	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo (Gestacional)
O25	Desnutrición en el embarazo
O26.1	Aumento pequeño de peso en el embarazo
O26.2	Atención del embarazo en una Abortadora habitual
O28.3	Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre Alteraciones en el Doppler de arterias uterinas Acortamiento del cuello uterino
O28.5	Hallazgo cromosómico o genético anormal en el examen prenatal de la madre
O30.0	Embarazo doble
O30.1	Embarazo triple
O34.0	Atención materna por anomalía congénita del útero
O34.3	Atención materna por incompetencia del cuello uterino. Cerclaje del cérvix
O34.4	Atención materna por otra anormalidad del cuello uterino Cirugía previa. Conización
O36.0	Atención materna por Isoinmunización Rhesus. Anticuerpos anti-D [Rh]
O36.5	Atención materna por déficit del crecimiento fetal
O40	Polihidramnios
O41.0	Oligohidramnios
O41.1	Corioamnionitis
O42.0	RPM, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas
O42.1	RPM, e inicio del trabajo de parto después de las 24 horas
O44.1	Placenta previa con hemorragia
O45	Desprendimiento prematuro de la placenta
O46	Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte
O60.0	Trabajo de parto prematuro sin parto. Amenaza de parto pretérmino
O60.1	Trabajo de parto prematuro con parto prematuro
O88.1	Embolia de líquido amniótico

CIE - 10	CONDICIÓN
Enfermedades maternas infecciosas que complican el embarazo	
O98.0	Tuberculosis que complica el embarazo. Afecciones en A15–A19
O98.1	Sífilis que complica el embarazo. Afecciones en A50–A53
O98.2	Gonorrea que complica el embarazo. Afecciones en A54
O98.3	Otras infecciones con transmisión sexual. Afecciones en A55–A64
O98.4	Hepatitis viral que complica el embarazo. Afecciones en B15–B19
O99.4	Cardiomiopatía que complica el embarazo
O98.5	Otras enfermedades virales que complican el embarazo. Afecciones en A80–B09, B25–B34

CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, 10. ª Edición

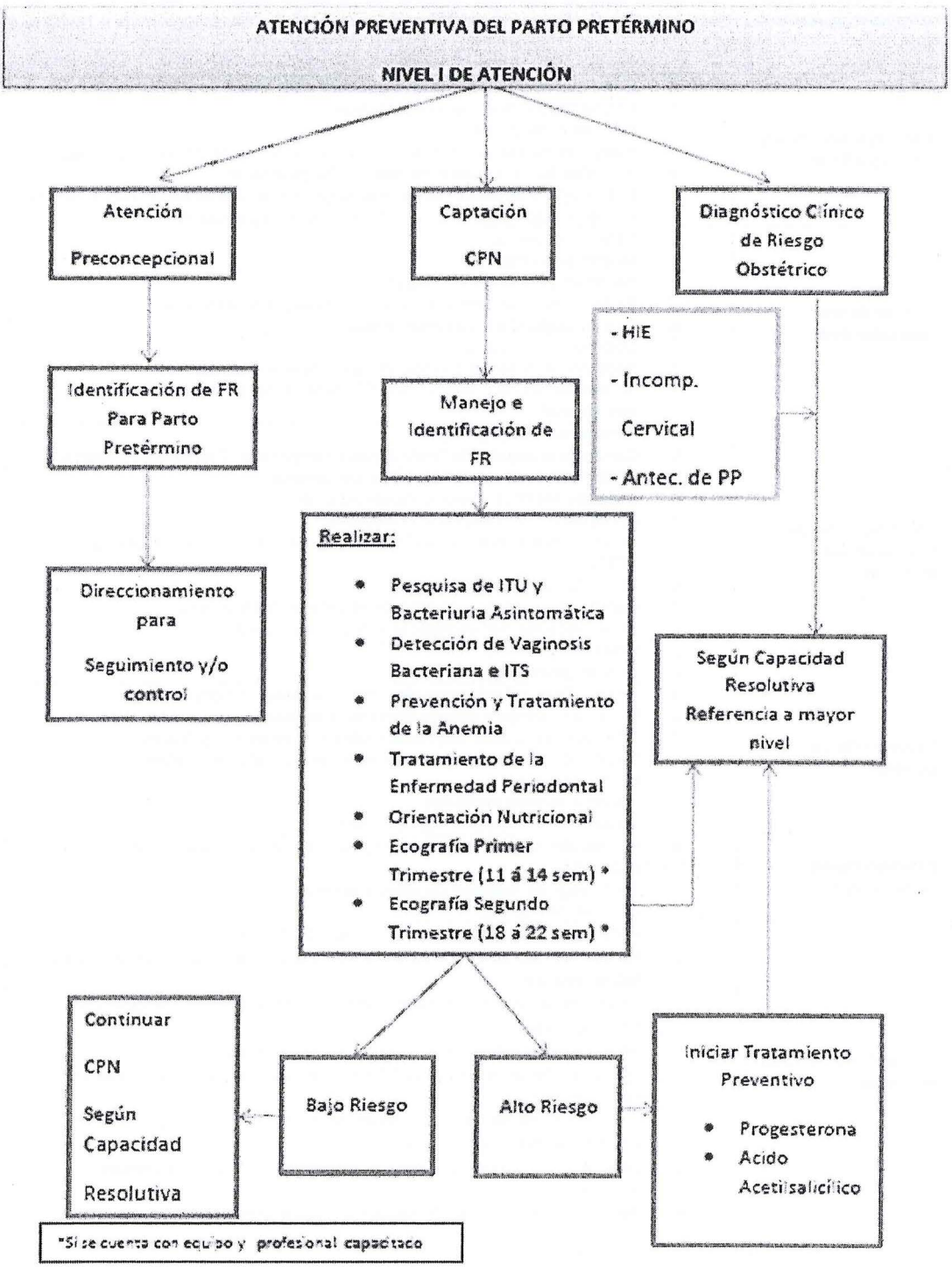
ANEXO Nº 2

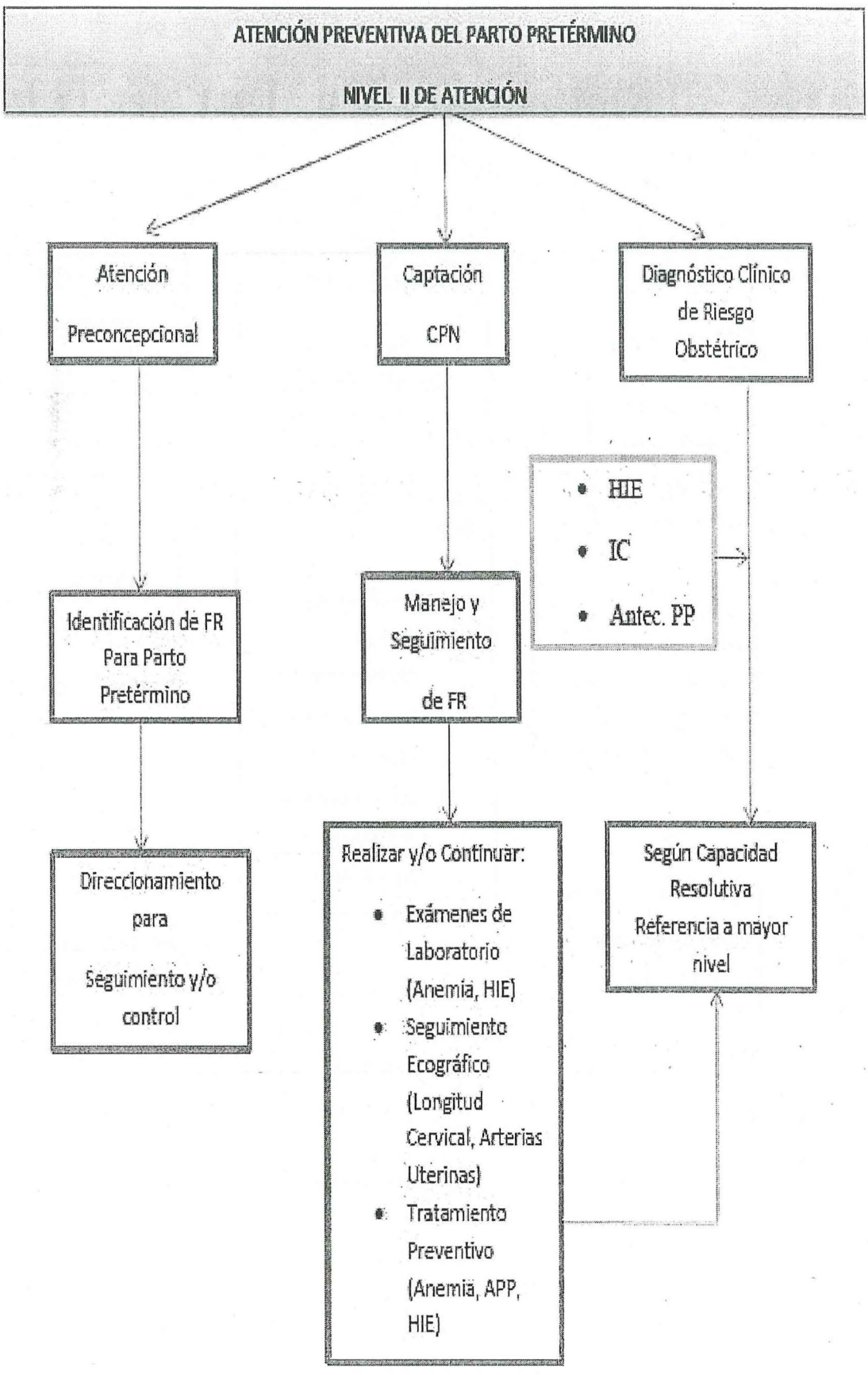
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

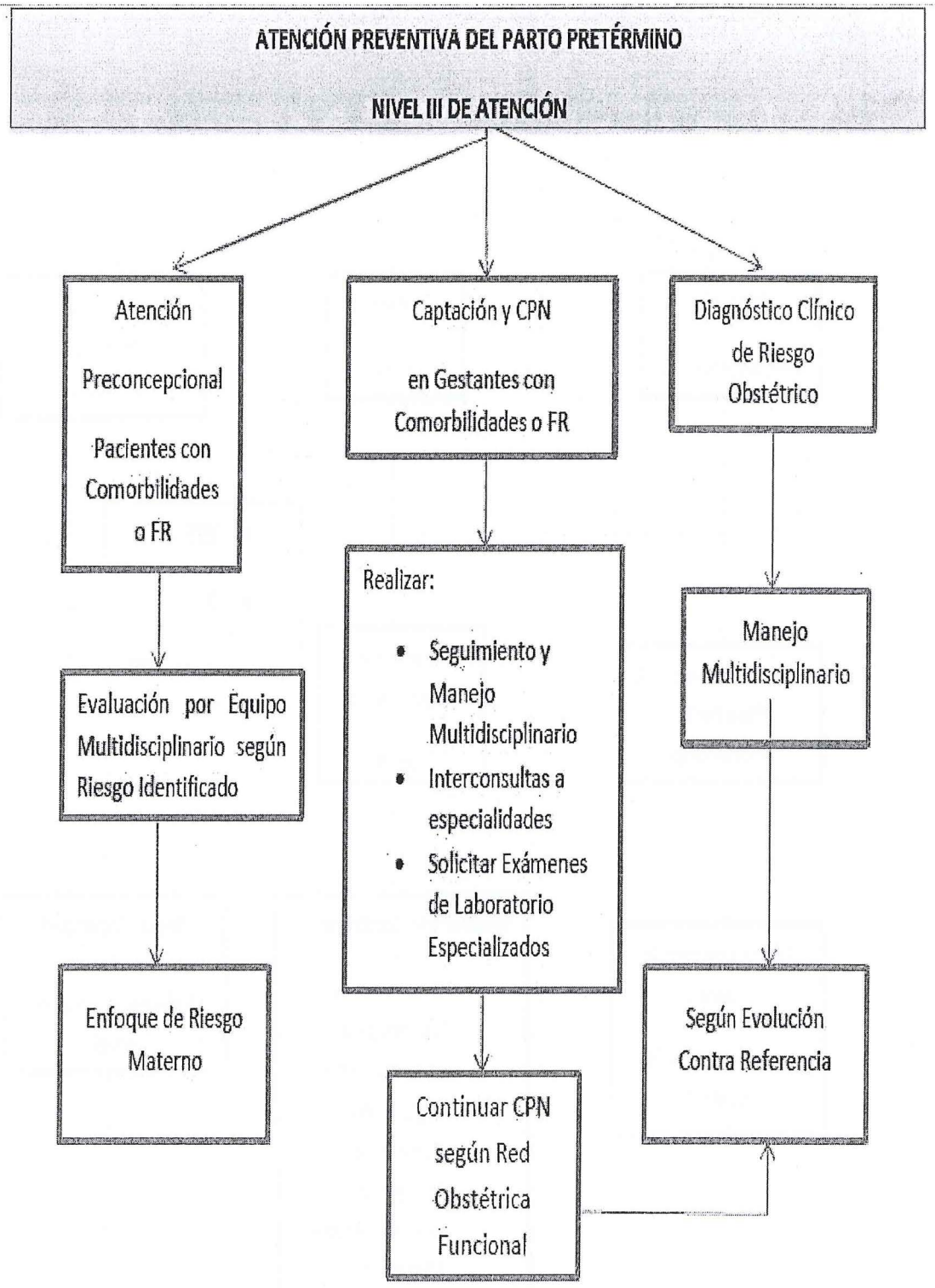
Fuente: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna. RM N° 827-2013/MINSA y Protocolo de Atención Preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia – UNFPA. Bogotá 2014.

Factores sociales y demográficos.	a. Edad materna (inferior a 17 o superior a 35 años) b. Escolaridad y nivel socio económico. c. Hábitos nutricionales. d. Apoyo de pareja y/o familiar. Identificar violencia de género y/o familiar e. Actividad física o laboral de riesgo. Estrés laboral f. Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales en zonas de alta contaminación alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
Antecedentes reproductivos.	a. Esterilidad previa. b. Muerte perinatal. c. Isoinmunización por Rh negativo. d. Parto anterior pretérmino, Aborto en el segundo trimestre e. Gran multiparidad. Cesárea iterada. f. Depresión post parto. g. Hijos con anomalías cromosómicas o defectos congénitos. h. Antecedentes de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Diabetes gestacional,
Identificación de Condiciones Médicas.	a. Hipertensión arterial crónica. b. Cardiopatía isquémica. Valvulopatía complicada. Cardiopatía dilatada. c. Enfermedad renal crónica. Infección urinaria. d. Diabetes Mellitus. Híper o Hipotiroidismo. e. Epilepsias u otro trastorno convulsivo. f. Tuberculosis activa u otra Enfermedad respiratoria crónica. (Asma, EPOC). g. VIH-SIDA u otras ITS. h. Lupus eritematoso sistémico, Síndrome antifosfolipídico i. Enfermedades hematológicas o hepáticas. (VHB). j. Obesidad mórbida. k. Cáncer ginecológico
Examen físico general.	a. Peso – Talla y Evaluación del Índice de masa corporal. b. Boca, oro faringe y estado dentario. Exploración de tiroides c. Adenopatías, cuello, supraclaviculares, axilares e inguinales. d. Inspección, palpación y auscultación del aparato respiratorio y cardiovascular e. Sistema venoso periférico. f. Inspección y palpación del abdomen
Examen físico ginecológico.	a. Inspección de periné, vulva y vagina. Examen de cuello uterino mediante especulo. b. Tacto vaginal, examen de útero y anexos. c. Examen de mamas.
Indicaciones y otras acciones	a. Referir para evaluación y tratamiento odontológico. b. Revisar estado de inmunizaciones. En zona endémica inmunizar contra fiebre amarilla. c. En zonas de riesgo orientar medidas preventivas contra dengue, Zika y Chikungunya. d. Según antecedentes, estudio cromosómico de a la pareja. e. Indicar suplemento de Ácido Fólico 1 mg. diario desde tres meses antes de la concepción. f. Si antecedente de malformaciones del tubo neural en embarazos indicar 4 a 5 mg/día tres meses antes. g. Orientación/Consejería a la pareja sobre maternidad y paternidad responsable. h. Detección y evaluación de riesgos de alteraciones en la salud mental.

ANEXO Nº 3
Flujogramas de Atención por Nivel I-II-III




ATENCIÓN PREVENTIVA DEL PARTO PRETÉRMINO
NIVEL II DE ATENCIÓN
Atención Preconcepcional
Captación CPN
Diagnóstico Clínico de Riesgo Obstétrico
HIE
IC
Antec. PP
Identificación de FR Para Parto Pretérmino
Manejo y Seguimiento de FR
Direccionamiento para Seguimiento y/o control
Realizar y/o Continuar:
Exámenes de Laboratorio (Anemia, HIE)
Seguimiento Ecográfico (Longitud Cervical, Arterias Uterinas)
Tratamiento Preventivo (Anemia, APP, HIE)
Según Capacidad Resolutiva Referencia a mayor nivel


ATENCIÓN PREVENTIVA DEL PARTO PRETÉRMINO
NIVEL III DE ATENCIÓN
Atención Preconcepcional Pacientes con Comorbilidades o FR
Captación y CPN en Gestantes con Comorbilidades o FR
Diagnóstico Clínico de Riesgo Obstétrico
Evaluación por Equipo Multidisciplinario según Riesgo Identificado
Realizar:
• Seguimiento y Manejo Multidisciplinario
• Interconsultas a especialidades
• Solicitar Exámenes de Laboratorio Especializados
Manejo Multidisciplinario
Enfoque de Riesgo Materno
Continuar CPN según Red Obstétrica Funcional
Según Evolución Contra Referencia

ANEXO Nº 4

FACTORES DE RIESGO DE PARTO PREMATURO.

Factores que condicionan un ALTO RIESGO y requieren atención en consulta especializada, con UNA de estas condiciones	
Antecedentes	Embarazo actual
Parto previo con menos de 37 semanas	Con alto riesgo de preclampsia
Preclampsia severa anterior con interrupción del embarazo con menos de 34 semanas	Longitud cervical < 25 mm con < de 27 semanas
Malformación uterina no tratada	
Otras condiciones con riesgo significativo	
Antecedentes	Embarazo actual
Hipertensión con tratamiento medicamentoso	Preclampsia antes de la semana 34
Diabetes Mellitus insulino dependiente	Embarazo múltiple / Polihidramnios
Aborto en el segundo trimestre (14 – 22 semanas)	Metrorragia en el 2° Trimestre
Cardiopatía Grado funcional III – IV	Edad menor de 18 años o de 40 años o mas
Lupus eritematoso sistémico con compromiso de la función renal	Rotura prematura de membranas antes de las 32 semanas.
Hipertiroidismo con tratamiento medicamentoso	Amenaza de parto pretérmino con < 32 semanas.
Colestasis hepática del embarazo	Pielonefritis aguda sintomática
Síndrome antifosfolipídico	Colestasis hepática del embarazo
Otras condiciones de riesgo (La atención en consulta especializada con estos factores es a criterio médico)	
Antecedentes	Embarazo actual
Hipertensión arterial con tratamiento higiénico dietético	Edad entre 35 y 39 años
Diabetes mellitus no insulino dependiente	Sobre carga de actividad física laboral
Rotura de membranas antes de las 34 semanas	Bajo nivel de escolaridad
Episodio de amenaza de parto prematuro sin parto prematuro	Bajo nivel socio económico
Enfermedad de transmisión sexual	Anemia moderada
Cirugía uterina previa (Conización, cirugía por mal formación uterina)	Vaginitis o vaginosis refractaria al tratamiento
Tres o más cesáreas previas	Bacteriuria asintomática
Tres o más abortos espontáneos en el 1er trimestre	Metrorragia en el 3er Trimestre
Antecedente de RCIU en embarazo previo	Escaso aumento de peso
Muerte fetal anteparto idiopática	Malformación o Cromosomopatía fetal
Malformación congénita fetal	Periodo intergenesico menos de 12 meses
Fumadora más de 10 cigarrillos diarios	Cérvix uterino abierto en el segundo trimestre
Consumo de alcohol / drogas	Sospecha de RCIU en el 2do trimestre
Periodontitis apical crónica	Inicio de la atención prenatal después de la semana 24 de la gestación
Índice de masa corporal < 18.5 Kg x m^2	Gestación por reproducción asistida independiente del número de fetos

ANEXO Nº 5

Evaluación e indicación de exámenes de laboratorio	
Hemoglobina (Hb) **Hematocrito (Hto)**	Indicar en la primera atención y entre la 32 y 36 semanas Valorar la anemia de acuerdo a la altura sobre el nivel del mar

Valores referenciales de la Hemoglobina según altura sobre el nivel del mar en metros.

Altitud en metros	**Valor normal de Hb por decilitro**	**Valor normal de Hto (%)**
< 1000	11.0	33.0
1000 - 1499	11.2	33.5
1500 - 1999	11.5	34.5
2000 - 2499	11.8	35.5
2500 - 3499	12.3 - 12.9	37.0 - 39.0
3500 – 3999	13.7	41.5
4000 - 4499	14.5	44.0
≥ 4500	15.5	47

Gestación por trimestre		**Rango normal de la Hb g/dL**	**Anemia si Hb menor de;**	**Anemia leve**	**Anemia moderada**	**Anemia severa**
Mujeres adultas > 15 años Embarazadas (1-2-3)	Primer Trimestre (1-2)	11.0 – 14.0	11.0	10.0 – 10.9	7.0 – 9.9	< 7.0
	Segundo trimestre (1-2)	10.5 – 14.0	10.5			
	Tercer trimestre (1-2)	11.0 – 14.0	11.0			

M. MASCARO C. Sub-Gerente – Dirección de Normas de Atención de Prestaciones Sanitarias – ESSALUD

Dra. T. PAREDES Q. Gerente – Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – ESSALUD

ANEXO Nº 6

PROTOCOLO PARA LA MEDICIÓN DE LA LONGITUD DEL CUELLO UTERINO.

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología. Servicio de Medicina Fetal. Departamento de Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

En el 2do y 3er. Trimestre:

1. Paciente en litotomía dorsal con vejiga vacua.
2. Introducir el transductor en tiempo real hasta el fórnix anterior evitando presión excesiva que puede aumentar falsamente la longitud.
3. Obtener una imagen medio-sagital del cérvix, identificándose el canal cervical, la mucosa endocervical, el área triangular del orificio cervical externo y la muesca con forma de V del orificio cervical interno evitando confusión con el segmento inferior del útero.
4. Retirar un poco el transductor hasta que la imagen se nuble y reinserte hasta que la imagen se aclare; con ambos labios cervicales de semejante ecogenicidad y grosor que asegura no haya presión excesiva.
5. Dar zoom hasta que el cérvix ocupe un 75% de la pantalla.
6. Asegurar la visualización clara del orificio cervical externo (OCE) e interno (OCI).
7. Medir la longitud cervical a lo largo del canal endocervical, entre el OCI y el OCE.
8. Repetir esta medición dos veces más para obtener 3 imágenes/mediciones.
9. Usar la mejor medida más corta.

Criterios de calidad de imagen

1. Creación de imagen:

- Cérvix ocupa el 75 % de la pantalla.
- Vejiga materna vacía.
- Examen dura > 3 minutos.
- Presión aplicada: fúndica o supra púbica
- Labios anterior y posterior de igual tamaño.

2. Identificación de reparos:

- OCI y OCE identificados.
- Canal cervical visible en toda su extensión.
- Tunelización presente/ausente.
- Sedimento presente/ausente.

Criterios de calidad de medición.

1. Cálipers ubicados adecuadamente.
   - Orificio cervical interno
   - Orificio cervical externo
   - Medir en segmentos si la desviación del canal a la línea recta en su punto medio es > 3 mm.

2. Elegir la mejor imagen más corta
   - Elegir la mejor más corta de las 3 que cumplan todos los criterios.
   - No elegir la que parezca más agradable visualmente.

Anexo Nº 7

INDICADOR	FÓRMULA
Porcentaje de partos pretérmino por Red Asistencial/Prestacional	Nº Partos pretérmino < 37 semanas X 100
	Total de Partos
Porcentaje de partos pretérmino por edad gestacional ≤ 28 semanas.	Nº Partos pretérmino ≤ 28 semanas
	Total de Partos
Porcentaje de partos pretérmino por edad gestacional ≤ 32 y > 28 semanas	Nº Partos pretérmino ≤ 32 y > 28 semanas
	Total de Partos
Porcentaje de partos pretérmino por edad gestacional ≤ 36 y > 32 semanas.	Nº Partos pretérmino ≤ 36 y > 32 semanas
	Total de Partos

Fuente: CNV

Anexo N°8

Bibliografía

1. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD el al. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet.; 371(9606):75-84.Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177778
2. Modificado de: PROTOCOLO: INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN Servei de Medicina Maternofetal.Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones-urinarias-y-gestacion.html
3. PROTOCOLO: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. Hospital Clinic Barcelona. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obsstetrica/manejo%20de%20la%20paciente% 20con% 20 riesgo%20de%20parto%20prematuro.pdf
4. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. N Engl J Med 1998; 339:313-20. . The management of preterm labor. Obstet Gynecol 2002; 100:1020-37. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12423870
5. Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Organización Mundial de la Salud. Nueva York 2012. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/es/
6. Protocolo de Atención Preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia – UNFPA. Bogotá 2014.
7. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Maternofetal. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf
8. Consenso Prevención Parto Prematuro SOGIBA 2018 autor: Dr. Leonardo Mezzabotta expertos: Dres. Juan Pablo Comas, César Meller. disponible en: https://es.scribd.com/presentation/436598308/consenso-prevencion-parto-prematuro-sogiba-2018
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol 2020; 63:283-321. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
10. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#
11. Actualización en el manejo de labor de parto pre-término - Dra. Valeria Robles Arce; Dra. Sofia Rojas Vázquez; Dra. Mónica Thuel Gutiérrez. Revista Médica Sinergia Vol.5 Núm.: 1, Enero 2020, e330 doi: https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.330
12. Predicción y prevención del parto prematuro espontáneo. ACOG Boletín de práctica, Número 234, Agosto 2021 https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2021/08/prediction-and-prevention-of-spontaneous-preterm-birth#
13. Ministerio de Salud. Guía Perinatal. Santiago MINSAL 2015. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
14. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo: Ministerio de Salud, 2019. 75 p.
15. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. Peru. Gineceo. obstet.vol.64no.3Limajul./set.2018.http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es.