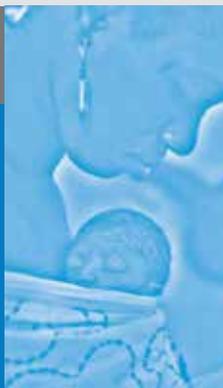


# Intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro

## Resumen de orientación

*Recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro*



### Introducción

En el periodo neonatal, los recién nacidos prematuros son propensos a padecer enfermedades graves que pueden conllevar la muerte. Sin un tratamiento adecuado, aquellos que sobreviven corren un mayor riesgo de sufrir discapacidad crónica y una mala calidad de vida. Las complicaciones derivadas de la prematuridad son la primera causa de muerte neonatal y la segunda causa de muerte entre niños menores de 5 años. Los esfuerzos mundiales por reducir aún más la mortalidad infantil deben incluir medidas urgentes destinadas a reducir los nacimientos prematuros.

La mortalidad y morbilidad de lactantes debidas a la prematuridad se pueden reducir mediante intervenciones dirigidas a la madre antes o durante el embarazo y al recién nacido prematuro tras el nacimiento. Las intervenciones pueden ir destinadas a todas las mujeres a efectos de reforzar la prevención primaria y reducir el riesgo de parto prematuro (por ejemplo, programas de abandono del tabaco) o utilizarse para minimizar el riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas con factores de riesgo conocidos (por ejemplo, progestágenos, cerclaje cervical). Sin embargo, las intervenciones maternas más benéficas son aquellas que pueden aumentar las posibilidades de supervivencia y mejorar los resultados sanitarios de los lactantes prematuros cuando el parto prematuro es inevitable. Estas intervenciones se proporcionan a las madres poco antes o durante el

parto con el fin de evitar problemas inmediatos o futuros relacionadas con la salud del lactante prematuro, como la inmadurez pulmonar, la propensión a las infecciones y las complicaciones neurológicas. Para que el bebé prematuro sobreviva sin discapacidad, también es fundamental proporcionarle cuidados esenciales y adicionales con el fin de prevenir o tratar posibles complicaciones.

Los manuales de la OMS *Managing complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors* (publicado en 2000) y *Pocket book of hospital care for children* (publicado en 2013) proporcionan respectivamente orientaciones sobre las intervenciones maternas y neonatales que pueden mejorar los resultados del parto prematuro. De conformidad con los procedimientos de elaboración de directrices de la OMS, estos documentos tenían que actualizarse para incluir las prácticas actuales basadas en la evidencia y responder a las solicitudes de orientación formuladas por los Estados Miembros sobre ámbitos controvertidos de esas prácticas. Las presentes directrices se centran en las intervenciones que pueden proponerse durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal con el fin de mejorar los resultados de salud de los lactantes prematuros. Las recomendaciones sobre las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el riesgo de parto prematuro o a modificar dicho riesgo en las mujeres embarazadas propensas quedan fuera del alcance de estas directrices.

## Audiencia destinataria

Los principales destinatarios de las presentes directrices son los profesionales sanitarios responsables de elaborar los protocolos y políticas nacionales y locales de atención de la salud, así como los directores de programas de salud materno-infantil y los responsables de la formulación de políticas en todos los contextos. Las directrices también resultarán útiles a aquellas personas que atienden directamente a las embarazadas y a los lactantes prematuros, como obstetras, pediatras, parteras, enfermeros y médicos generalistas. La información contenida en las directrices será útil para elaborar instrumentos y herramientas destinados a la formación previa y continua de los trabajadores de la salud con el fin de mejorar la atención materna y neonatal que se presta tras partos prematuros.

## Métodos de elaboración de las directrices

Las presentes directrices se elaboraron según los procedimientos operativos normalizados, de conformidad con el proceso descrito en el manual *WHO handbook for guideline development*. En pocas palabras, en ellas: i) se identifican las cuestiones prioritarias y los resultados esenciales, ii) se recopilan los datos probatorios, iii) se evalúan y resumen los datos probatorios; iv) se formulan recomendaciones; y v) se planifica la divulgación, aplicación, evaluación del impacto y actualización de las directrices. El resumen de los datos probatorios en que se basan las recomendaciones se llevó a cabo mediante el método GRADE (Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones). Se realizaron exámenes sistemáticos actualizados para preparar perfiles de datos probatorios respecto de las cuestiones prioritarias. A continuación la OMS organizó una consulta técnica en mayo de 2014 en la que un grupo de expertos internacionales —el Grupo de Elaboración de las Directrices— formuló y aprobó las recomendaciones basadas en los perfiles de datos probatorios. En noviembre de 2014 se celebró una consulta en línea del Grupo de Elaboración de las Directrices para examinar y revisar las recomendaciones a la luz de los resultados de un vasto ensayo de administración prenatal de corticosteroides en países de escasos recursos.

## Recomendaciones

La consulta técnica de la OMS condujo a la adopción de 10 recomendaciones principales (y 17 recomendaciones complementarias adicionales) acerca de las siguientes cuestiones: la administración prenatal de corticosteroides, la tocólisis, el sulfato de magnesio, la profilaxis antibiótica, el modo de parto prematuro (para la madre) y el método madre canguro, las cubiertas de plástico, la presión positiva continua en las vías respiratorias, el surfactante y la oxigenoterapia (para el recién nacido). Para cada recomendación, la calidad de los datos probatorios se clasificó como «muy baja», «baja», «moderada» o «alta». El Grupo de Elaboración de las Directrices calificó la orientación y la firmeza de cada recomendación teniendo en cuenta la calidad de los datos probatorios y otros factores, como el equilibrio entre beneficios y perjuicios, los valores y las preferencias de las partes interesadas, y las repercusiones financieras de la intervención. Para asegurarse de que cada recomendación se comprenda y aplique correctamente, los expertos que participaron en su formulación proporcionaron observaciones adicionales cuando fue necesario. En caso de duda acerca de los fundamentos de cualquiera de las recomendaciones, los usuarios del presente documento deberían consultar la versión completa de las directrices, en la que figuran esas observaciones y los resúmenes de los datos probatorios.

En el cuadro que figura más abajo se resumen las recomendaciones sobre las intervenciones maternas y neonatales destinadas a mejorar los resultados de salud de los lactantes prematuros. De conformidad con los procedimientos de elaboración de directrices de la OMS, estas recomendaciones se revisarán y actualizarán constantemente cuando se disponga de nuevas evidencias, y se llevarán a cabo revisiones y actualizaciones de gran envergadura cada cinco años como mínimo. La OMS acoge con interés las propuestas de inclusión de cuestiones adicionales en futuras actualizaciones de las directrices.

## Lista recapitulativa de las recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones para mejorar los resultados de salud tras un parto prematuro

Intervenciones maternas	Recomendaciones	Firmeza de la recomendación y calidad de los datos probatorios <sup>a</sup>
<b>Administración prenatal de corticosteroides para mejorar los resultados de salud del recién nacido</b>	<b>1.0.</b> La corticoterapia prenatal se recomienda para las mujeres con riesgo de parto prematuro desde la semana 24 hasta la semana 34 de gestación cuando se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la edad gestacional se puede calcular con precisión;</li> <li>• el parto prematuro se considera inminente;</li> <li>• no hay evidencia clínica de infección materna;</li> <li>• existe un servicio de atención especializada durante el parto (incluida la capacidad de reconocer y atender sin riesgos un trabajo de parto y un nacimiento prematuros);</li> <li>• el recién nacido prematuro puede recibir una atención especializada de ser necesario (como reanimación, termoprotección, alimentación asistida, tratamiento de infecciones y utilización de oxígeno en condiciones de seguridad).</li> </ul>	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada sobre los resultados de salud de los recién nacidos y en datos probatorios de baja calidad sobre los resultados de salud de las madres
	1.1. En cuanto a las mujeres que cumplen las condiciones, la corticoterapia prenatal se debería administrar cuando el parto prematuro se considere inminente, esto es, en los 7 días o incluso las 24 horas siguientes al inicio del tratamiento.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de poca calidad
	1.2. La corticoterapia prenatal se recomienda para las mujeres con riesgo de parto prematuro, independientemente de si trata de un embarazo simple o múltiple.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de poca calidad
	1.3. La corticoterapia prenatal se recomienda para las mujeres con ruptura prematura de membranas antes del término y que no presenten ningún signo de infección.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada sobre el estado de salud de los recién nacidos y en datos probatorios de baja calidad sobre la salud materna
	1.4. La corticoterapia prenatal no se recomienda para las mujeres con corioamniotitis que tienen probabilidades de dar a luz prematuramente.	<b>Recomendación condicional</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
	1.5. La corticoterapia prenatal no se recomienda para las mujeres que vayan a dar a luz prematuramente mediante cesárea programada en un estadio tardío del embarazo (34–36 <sup>+6</sup> semanas).	<b>Recomendación condicional</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
	1.6. La corticoterapia prenatal se recomienda para las mujeres con problemas de hipertensión durante el embarazo que corran riesgo de parto prematuro inminente.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada sobre el estado de salud de los recién nacidos y en datos probatorios de baja calidad sobre la salud materna
	1.7. La corticoterapia prenatal se recomienda para las mujeres con riesgo de parto prematuro inminente de un feto de crecimiento limitado.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
	1.8. La corticoterapia prenatal se recomienda para las mujeres con diabetes pregestacional y gestacional que corren riesgo de parto prematuro inminente, y esta debería ir acompañada de intervenciones para optimizar el control de la glucemia materna.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
	1.9. Cuando el parto prematuro es inminente, se recomienda administrar preferentemente dexametasona o betametasona por vía intramuscular (24 mg en total fraccionados en varias dosis) como corticoterapia prenatal.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de baja calidad
1.10. Se recomienda administrar un único ciclo repetido de corticoterapia prenatal si el parto prematuro no ocurre en los 7 días posteriores a la primera dosis y si una evaluación clínica subsiguiente demuestra que existe un elevado riesgo de parto prematuro en los siguientes 7 días.	<b>Recomendación condicional</b> basada en datos probatorios de calidad moderada sobre el estado de salud de los recién nacidos y en datos probatorios de baja calidad sobre la salud materna	

<sup>a</sup> Con respecto a las recomendaciones relacionadas con las intervenciones maternas, la calificación relativa a la calidad de los datos probatorios se aplica a los resultados de salud tanto de la madre como del recién nacido cuando no se presenten calificaciones separadas.

Intervenciones maternas	Recomendaciones	Firmeza de la recomendación y calidad de los datos probatorios <sup>a</sup>
<b>Tocolíticos para inhibir el trabajo de parto prematuro</b>	<b>2.0.</b> Para mejorar los resultados de salud de los recién nacidos, los tratamientos tocolíticos (tratamientos de urgencia y mantenimiento) no se recomiendan para las mujeres con riesgo de parto prematuro inminente.	<b>Recomendación condicional</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
<b>Sulfato de magnesio para proteger al feto contra complicaciones neurológicas</b>	<b>3.0.</b> La administración de sulfato de magnesio se recomienda para las mujeres con riesgo de parto prematuro inminente antes de las 32 semanas de gestación a efectos de prevenir la parálisis cerebral en lactantes y niños.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada
<b>Antibióticos en caso de trabajo de parto prematuro</b>	<b>4.0.</b> La administración sistemática de antibióticos no se recomienda para las mujeres que hayan comenzado prematuramente el trabajo de parto y que tengan las membranas amnióticas intactas y no presenten signos de infección.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada
	<b>5.0.</b> La administración de antibióticos se recomienda para las mujeres que presenten ruptura prematura de membranas antes del término.	<b>Recomendación firme basada en datos probatorios</b> de calidad moderada
	5.1. La eritromicina se recomienda como antibiótico profiláctico preferente para mujeres con ruptura prematura de membranas antes del término.	<b>Recomendación condicional</b> basada en datos probatorios de calidad moderada
	5.2. La utilización de una combinación de amoxicilina y ácido clavulánico («co amoxiclav») no se recomienda para las mujeres con ruptura prematura de membranas antes del término.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada
<b>Modalidad óptima de parto</b>	<b>6.0.</b> El parto sistemático por cesárea a efectos de mejorar los resultados de salud del recién nacido prematuro no se recomienda, independientemente de la presentación (cefálica o de nalgas).	<b>Recomendación condicional</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
<b>Termoprotección de los recién nacidos prematuros</b>	<b>7.0.</b> El método madre canguro se recomienda para la atención sistemática de los recién nacidos que pesen 2000 g o menos al nacer, y debería iniciarse en los establecimientos sanitarios tan pronto como los recién nacidos estén clínicamente estables.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada
	7.1. Se debería aplicar el método madre canguro de la forma más continuada posible a los recién nacidos que pesen 2000 g o menos al nacer.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada
	7.2. En caso de que su aplicación continuada no sea posible, se recomienda aplicar el método madre canguro de manera intermitente a los recién nacidos que pesen 2000 g o menos al nacer como opción preferente frente a la atención convencional.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de calidad moderada
	7.3. Los recién nacidos inestables que pesen 2000 g o menos al nacer o los recién nacidos estables que pesen menos de 2000 g y no puedan ser atendidos mediante el método madre canguro deberían ser atendidos en un entorno térmico neutro, ya sea en calentadores radiantes o en incubadoras.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
	7.4. Faltan datos probatorios de la eficacia de las bolsas o cubiertas de plástico para proporcionar termoprotección a los recién nacidos prematuros inmediatamente después del parto. No obstante, durante la estabilización y el traslado de los recién nacidos prematuros a la unidad de neonatología especializada, la utilización de bolsas o cubiertas de plástico puede considerarse como una alternativa para prevenir la hipotermia.	<b>Recomendación condicional</b> basada en datos probatorios de baja calidad

Intervenciones maternas	Recomendaciones	Firmeza de la recomendación y calidad de los datos probatorios <sup>a</sup>
<b>Presión positiva continua en las vías respiratorias para los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio</b>	<b>8.0.</b> La presión positiva continua en las vías respiratorias se recomienda para tratar a los recién nacidos prematuros con síndrome de distrés respiratorio	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de baja calidad
	8.1. La presión positiva continua en las vías respiratorias para los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio debería iniciarse tan pronto como se obtenga el diagnóstico.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
<b>Administración de surfactante a los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio</b>	<b>9.0.</b> El tratamiento de reposición con surfactante se recomienda para los recién nacidos intubados y con ventilación asistida que presenten síndrome de distrés respiratorio.	<b>Recomendación condicional</b> (solo en los establecimientos sanitarios que dispongan de medios de intubación, ventilación asistida, gasometría sanguínea, y atención y vigilancia neonatales) basada en datos probatorios de calidad moderada
	9.1. Para proporcionar tratamiento de reposición con surfactante a los recién nacidos prematuros con ventilación asistida que presenten síndrome de distrés respiratorio se pueden utilizar surfactantes de origen animal o surfactantes sintéticos que contengan proteínas.	<b>Recomendación condicional</b> (solo en los establecimientos sanitarios que dispongan de servicios de intubación, ventilación asistida, gasometría sanguínea, y atención y vigilancia neonatales) basada en datos probatorios de calidad moderada
	9.2. No se recomienda la administración de surfactante a los recién nacidos prematuros antes de la aparición del síndrome de distrés respiratorio (administración profiláctica).	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de baja calidad
	9.3. En el caso de los recién nacidos prematuros intubados con síndrome de distrés respiratorio, el surfactante debería administrarse de forma temprana (en las primeras dos horas tras el nacimiento), sin esperar a que los síntomas empeoren.	<b>Recomendación condicional</b> (solo en los establecimientos sanitarios que dispongan de servicios de intubación, ventilación asistida, gasometría sanguínea, y atención y vigilancia neonatales) basada en datos probatorios de baja calidad
<b>Oxigenoterapia y concentración de oxígeno para los recién nacidos prematuros</b>	<b>10.0.</b> Durante la ventilación de los recién nacidos prematuros nacidos en la 32ª semana de gestación o antes, se recomienda comenzar la oxigenoterapia con 30% de oxígeno o aire (si no se dispone de oxígeno mezclado) antes que con 100% de oxígeno.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad
	10.1. El uso de concentraciones de oxígeno progresivamente más elevadas solo se debería contemplar para los recién nacidos a los que se esté administrando oxigenoterapia si su frecuencia cardíaca es inferior a 60 latidos por minuto tras 30 segundos de ventilación adecuada con 30% de oxígeno o aire.	<b>Recomendación firme</b> basada en datos probatorios de muy baja calidad



Organización  
Mundial de la Salud



**For more information, please contact:**

Department of Reproductive Health and Research  
World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland  
E-mail: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)

Department of Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health  
World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland  
E-mail: [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int)

[www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent](http://www.who.int/maternal_child_adolescent)

Photo: UNICEF/Asselin

WHO/RHR/15.22 © Organización Mundial de la Salud, 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.