



Protocolo Clínico de Atención para el manejo de la usuaria con Amenaza de Parto Prematuro y el Parto Prematuro

Código PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

2024

EQUIPO ELABORADOR:	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Esteban Castillo Quesada Médico Gineco-obstetra, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia • Dra. Karla Araya Vargas, Médica Gineco-obstetra, Hospital México • Dra. Jéssica Castillo Esquivel, Enfermera Obstetra, Hospital San Vicente de Paul
EQUIPO COLABORADOR:	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Evelyn Barrientos Ortega, Enfermera obstetra, Hospital Calderón Guardia • Dra. Sofía Córdoba Vives, Médica Gineco-obstetra, Hospital Calderón Guardia • Dr. Franklin Escobar Zárate, Médico Gineco-obstetra, Hospital San Vicente de Paúl • Dr. Mario Víquez Villalobos, Médico Gineco-obstetra, Hospital de las Mujeres • Dr. Yader Sandoval Hidalgo, Médico Gineco-obstetra, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia
CONDUCCIÓN METODOLÓGICA:	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Ileana Quirós Rojas, Médica Coordinadora, Programa de Normalización de Atención a la Mujer • Dra. Hellen Porras Rojas, Médica, Programa de Normalización de Atención a la Mujer
REVISIÓN BIOÉTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Área Bioética, CENDEISSS mediante oficio CENDEISSS-AB-00016-2023 del 18 de enero de 2023
APROBACIÓN DIRECCIÓN FARMACOEPIDEMIOLÓGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio # GM-CCF-0223-2024
VALIDADO POR*:	<ul style="list-style-type: none"> • Frazier Antonio Sanabria Mata, Coordinador Consulta Externa, médico, especialista en Medicina del Trabajo y Administración • Carlos Andrés Porras Alfaro, Medicina, Máster en Gerencia de la Salud, Director Médico del Área Salud La Cruz • Marion Selenia Camacho Herrera, Médico General, Coordinadora del Ebais La Carpintera del Área de Salud de La Unión • Alexandra María Macías Briones, Enfermera Obstetra • Diana Carolina Campos López, Especialista en Ginecología y Obstetricia • Mariela Rodríguez Morice, médico especialista de ginecología y obstetricia • Luis Diego Leitón Rojas, medicina general, Máster Administración Centros hospitalarios, director Médico • Mario Alfredo Lara Villalobos, director Médico del Área de Salud de Osa • Gina Arias Ocampo, directora Médica, Área Salud de Coronado • Manuel Arguello Mc Nulty, director Enfermería, Área Salud de Coronado • Melissa Anchia Pérez, Área Salud de Coronado • Nancy Umaña Rodríguez, Área Salud de Coronado • Lizbeth Sánchez Barboza, Área Salud de Coronado • Hanss Ramos Camacho, Médico General de EBAIS ASPZ, Lic en Medicina y cirugía • Pablo Andrés Quirós Morera, director de Área de Salud • Alfonso Villalobos Pérez, Psicólogo • Franklin Darío Chaves Badilla, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Coordinador de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital William Allen Taylor • María Elena Murillo Echeverría, Jefatura de Psicología, Hospital Dr. Roberto Chacón Paut • Seidy Guadalupe Vargas Solano, directora de Enfermería. a.i., Máster en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología. • Mercedes Quant Samqui, Médico general de Consulta Externa de Ebais en Area de Salud • Karla Gabriela Villalobos Carrillo, Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, Coordinadora Servicio de Psicología HEBB, Enlace Regional en Psicología • Julio Alpízar Castro, jefe Servicio de Nutrición Hospital Ciudad Neilly • Dacia Isela Granados Jiménez, Enfermería, Maestría en Administración de los servicios de salud, directora de enfermería, Área de salud. • Milly Villegas Torres, Licenciatura en Nutrición, Egresada de la Maestría Clínica en Nutrición

	<ul style="list-style-type: none"> • Yancy Milena Solano Chacón, Coordinadora del Servicio Psicología Hospital de las Mujeres Dr. Carit Eva • Xiomara María Rojas Alfaro, Nutricionista Clínica, gestora PINEC. • Lucrecia Bermúdez Quirós, Enfermera obstetra • Roselyn Mayela Valerín Ramírez, médica especialista en pediatría • Denia Patricia Ampié Molina, Enfermería Obstétrica • Eduardo Cervantes Jiménez, director de Enfermería, Msc. Enfermería en Cuidados Intensivos • Alexandra Chaves Ardón, enfermera del PNANN • Joaquin Alfonso Bustillos Villavicencio, Especialista en Ginecología y Obstetricia y Medicina Materno Fetal, Máster en Medicina Fetal y Gerencia Salud, jefe Obstetricia Hospital San Juan de Dios • Johnny Mauricio Ruiz Guevara, Médico General • José Miguel Guillén Barahona, Médico general. Coordinación de consulta externa • Katherine Ivette Astúa Rosales, Médico General • Jorge Arturo Calderón Varela, Médico Asistente General, post grado en Gerencia de Salud, Coordinador I Nivel De Atención • Jimmy Andrey Brenes Calderón, Enfermero Obstetra, supervisor de Enfermería del servicio de Obstetricia del Hospital Max Peralta de Cartago • Esteven Eduardo Fallas Valenciano, Médico asistente general • Antonio Morales Fallas, Enfermería, Máster materno infantil y obstetricia, obstetra del Área de Salud de Esparza, enfermero de desarrollo y crecimiento • Celenia Corrales Fallas, Trabajadora Social. Posgrados: maestría en Administración de Servicios de Salud, maestría en Terapia Familiar Sistémica. Coordinadora Nacional de Trabajo Social. • Asdrúbal Gerardo Vega Rodríguez, médico especialista en ginecología y obstetricia, máster en administración servicios de salud • Milagrito Campos Baltodano, Jefatura de área de Enfermería Gineco-Obstetricia HEBB • Rocío Quesada Borges, Msc. Salud de la Mujer y Perinatología. Supervisora de enfermería Área materno infantil HTFC. • Randall Josué Céspedes Viquez, Médico Asistente
APROBADO POR:	<p style="text-align: center;">José Miguel Angulo Castro, Médico Jefe, Área de Atención Integral a las Personas</p>
AVALADO POR:	<p style="text-align: center;">Wilburg Díaz Cruz, Médico, Gerente, Gerencia Médica MEDIANTE OFICIO # GM-0964-2024 (VER ANEXO #1).</p>
Fecha revisión y aprobación	<p style="text-align: center;">2024</p>
Próxima revisión:	<p style="text-align: center;">2029</p>
Observaciones	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo: AAIP: Área de Atención Integral a las Personas DDSS: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Consultas al: 25390188 o 25390193 Declaración de Intereses Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema,</p>

no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el Equipo Conductor y tomó las debidas acciones; los formularios serán custodiados por 5 años.

***El apartado correspondiente al medicamento nifedipina fue construido posterior al proceso de validación, producto de la recomendación técnica emitida por la Dirección de Farmacoepidemiología.**

Índice

Presentación	7
Introducción	8
Definiciones, abreviaturas y símbolos	9
Tabla #1. Abreviaturas del Protocolo de Atención Clínica	9
Metodología	10
Referencias normativas	11
Tabla #2: Referencias de la Normativa del Protocolo de Atención Clínica	11
Alcance y campo de aplicación	12
Objetivos	13
Población diana	13
Personal que interviene	13
Tabla #3. Personal de salud que interviene por Nivel de Atención	13
Marco Conceptual	16
Módulo 1. Consulta Prenatal en el I Nivel de Atención	18
Módulo 2. Atención Prenatal en II o III Nivel de Atención	20
Flujograma #1 Manejo clínico de la prevención de parto pretérmino con la condición de cuello corto	22
Flujograma #2 Prevención del parto pretérmino en usuarias con antecedentes de parto pretérmino (único o gemelar)	23
Módulo 3. Hospitalización	25
Tabla #4 Criterios de uso sulfato de magnesio	28
Tabla #5. Dosis de Nifedipina	30
Flujograma #3. Manejo del Estreptococos B hemolítico en el embarazo de pretérmino.	33
Flujograma #4. Indicaciones a quienes tomar el cultivo para EGB	33
Tabla #6. Profilaxis intraparto para la prevención de la infección neonatal temprana por EGB	34

Flujograma #5 Profilaxis antibiótica intraparto para EGB _____	35
Módulo 4. Atención de la usuaria en sala de partos _____	37
Módulo 5. Atención de las usuarias en los Servicios de Psicología _____	39
Módulo 6. Atención de las usuarias en los Servicios de Trabajo Social _____	43
Tabla #7. Oferta de Servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención para el abordaje de mujeres embarazadas en situaciones de amenaza de parto o parto prematuro _____	44
Tabla #8. Oferta de Servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención para el abordaje de personas menores de edad neonatas _____	47
Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos _____	51
Tabla # 9. Abordaje de los riesgos de los principales procedimientos _____	53
Contacto para consultas _____	54
Anexos _____	55
Anexo #1: Oficio de Aval recibido por Gerencia Médica _____	55
Anexo #2. Monitoreo y evaluación _____	56
Anexo #3. Incompetencia Ístmico Cervical _____	58
Tabla # 10. Indicaciones para cerclaje _____	58
Tabla #11. Manejo de cerclaje según sea el escenario clínico _____	59
Referencias _____	61

Presentación

La Caja Costarricense de Seguro Social requiere de herramientas que faciliten a las personas funcionarias de salud, el proporcionar una atención de calidad, eficaz y con enfoque integral al individuo, la familia y la comunidad. Sobre esta base, el uso de la evidencia científica constituye un insumo fundamental que permite el desarrollo de una gran cantidad de aplicaciones requeridas para la adecuada implementación en los servicios de salud.

En la actualidad, las decisiones y acciones en salud deben estar fundamentadas en evidencia sólida, para brindar una seguridad razonable de que las políticas e intervenciones que se pongan en práctica causan el impacto deseado¹. En este sentido, la Caja Costarricense de Seguro Social, insta a la aplicación de este Protocolo, ya que facilita la toma de decisiones al personal clínico, le ayuda a disminuir la incertidumbre diagnóstica y por ende la variabilidad de la práctica clínica.

Como parte de procesos de mejora continua en los servicios de salud, se presenta el ***Protocolo de Atención Clínica para el Manejo de la usuaria con Amenaza de Parto Prematuro y el Parto Prematuro***, por lo que es responsabilidad del personal de salud conocer este documento, utilizarlo y promoverlo en el día a día de su labor, con la seguridad del esfuerzo en mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios(as).

Introducción

El parto prematuro es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial. A pesar de múltiples décadas de investigación y avances clínicos, tiene una incidencia de 1 en cada 10 embarazos. El parto prematuro contribuye dos tercios de la mortalidad perinatal y más de la mitad de la morbilidad a largo término, el cual tiene un costo social y económico significativo. Aun así, el control prenatal no incluye métodos para predecir el parto espontáneo prematuro. En la CCSS se registran 4,459 casos de parto prematuro para el año 2021, ubicándose la mayor cantidad de casos en usuarias con menos de 35 semanas de gestación, según datos del Área de Estadísticas de Salud, CCSS.

El parto prematuro es el punto final de una fisiopatología compleja donde se han propuesto varias etiologías. Resultando que casi la mitad son partos espontáneos, un cuarto por ruptura prematura de membranas y el cuarto restante son por indicación médica materna o fetal.

Sin embargo, la situación es por operativizar dos estrategias. Una es la identificación del parto espontáneo por la medición de la longitud cervical a la mitad del embarazo y por otro lado por los múltiples ensayos clínicos y metaanálisis donde demuestran que la progesterona es efectiva en prevenir un parto prematuro con cuello corto.

También se identifica el riesgo de una incompetencia cervical o cuando así la progesterona no evita su acortamiento cervical donde se puede realizar un cerclaje cervical a tiempo.

Este protocolo revisa las mejores prácticas evaluadas, siempre que sea posible, las valoran en términos de efecto sobre los resultados clínicamente relevantes.



Definiciones, abreviaturas y símbolos

Abreviaturas:

A continuación, en la Tabla #1, se presentan las principales abreviaturas que se contemplan en el desarrollo de este Protocolo de Atención Clínica:

Tabla #1. Abreviaturas del Protocolo de Atención Clínica

Abreviatura	Significado
CCSS:	Caja Costarricense de Seguros Social
Cm:	Centímetros
DU:	Dinámica uterina
FCF:	Frecuencia cardiaca fetal
HS:	Hora sueño
IM:	Intra muscular
LC:	Longitud cervical
LOM:	Lista oficial de medicamentos
MF:	Movimientos fetales
OCE:	Orificio cervical externo
OCI:	Orificio cervical interno
PC:	Parálisis cerebral
PP:	Parto pretérmino
REDES:	Registros médicos en salud
STV:	Sangrado transvaginal
VO:	Vía oral
VV:	Vía vaginal
MGSO4:	Sulfato de magnesio
IIC:	Incompetencia ístmico cervical
APP:	Amenaza de parto pretérmino

Fuente: Elaboración propia



Definiciones:

En el siguiente apartado se desarrollan las definiciones utilizadas en este Protocolo de Atención Clínica:

1. **Longitud cervical²:** es la medición del cérvix por medio de ultrasonido, se realiza vía vaginal, con vejiga vacía y se mide del oco al oci.
2. **Parto pretérmino²:** parto que se presenta después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación.
3. **Labor de parto pretérmino²:** Presencia de contracciones uterinas capaces de producir modificaciones cervicales, de al menos 2 o 3 cm de dilatación con un borramiento igual o mayor un 80% antes de las 37 semanas de embarazo.
4. **Síndrome de parto pretérmino³:** múltiples etiologías capaces de desencadenar un parto pretérmino. Este concepto trata de explicar las múltiples causas asociadas a labor de parto pretérmino, así como identificar a un grupo de usuarias que presentan riesgo de parto pretérmino, para su manejo correspondiente y dirigido a prevenir su labor de parto antes de las 37 semanas.
5. **Cuello corto²:** identificado por ultrasonido en tamizaje que se define como longitud cervical menor a 25mm.
6. **Incompetencia ístmico cervical⁴:** Se refiere a la dilatación cervical no dolorosa con partos recurrentes en el segundo trimestre por debilidad estructural del tejido cervical.
7. **Maduración pulmonar⁵:** estado óptimo del feto en relación con su crecimiento físico y desarrollo funcional que le permite durante el nacimiento poder realizar la ventilación adecuada en la vida extrauterina. El pulmón fetal está bioquímicamente maduro cuando ha adquirido la capacidad de sintetizar y secretar hacia la luz alveolar los componentes del complejo surfactante pulmonar en calidad y cantidad adecuadas.
8. **Neuroprotección⁶:** es la prevención del daño neuronal que conduce a la PC y lograr disminuir su incidencia.

Metodología

Para la construcción, del presente Protocolo se utilizó el formato y metodología institucional, según lo establecido en el documento Manual Metodológico para la construcción de un protocolo de Atención Clínica en la DDSS¹.

Se utilizaron normativas y documentos de referencia internacional y nacional. Además de la revisión de insumos tanto en idioma español, como en inglés, estos últimos fueron traducidos por los miembros del equipo elaborador. Se contó con el aporte de especialistas en ginecología y obstetricia, especialistas en medicina materno fetal, enfermería obstétrica, medicina y enfermería general, entre otros muchos profesionales.



Para la validación, se incluyeron 44 profesionales que laboran en la Institución, incluyendo colaboradores de los distintos Programas de Normalización, de las Coordinaciones Nacionales y personal de salud clave que participa en el proceso de atención directa de la mujer embarazada, durante el embarazo, parto y en el posparto en la Red de Servicios de Salud Institucional, así como de diversos campos de acción (jefaturas, grupos de apoyo, expertos técnicos, entre otros). Dicha validación, se realizó utilizando la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado) con el fin de obtener un consenso de opiniones personas expertas en relación con el contenido del documento.

Se utilizó una encuesta enviada a través de formato Forms, con el siguiente enlace https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=gQ7GKQY8lk6lXK54M95VStl3kjrKoRBGl8BW-MO6_ZpUNE41WkxQVzIQVEFOU0IDNOJHRzBCOEU4Uy4u, así como el documento final en formato PDF, donde la persona experta calificaba cada ítem con una escala de uno a nueve dependiendo qué tan apropiado considera el contenido del documento.

Posterior al proceso de validación del documento y una vez realizada la tabulación de la información recibida en la encuesta, se observa que la puntuación del 100% de las personas validadoras se situó en el rango de Apropiado (entre 8 a 9 puntos). Por lo que este documento superó la calificación por consenso absoluto en una primera ronda de validación.

Con el resultado del proceso de validación de expertos, se incorporaron las observaciones y recomendaciones recopiladas en esta etapa del proceso, emitiéndose una segunda versión del Protocolo de Atención Clínica con el fin de ser enviada a las jefaturas correspondientes para su aprobación final. Además, se contempla la actualización de este Protocolo de Atención de Clínica en un plazo de 5 años.

Para el monitoreo y evaluación de este protocolo de atención clínica se desarrollaron una serie de indicadores contemplados en el Anexo #2.

Referencias normativas

A continuación, Tabla #2, se presentan las principales referencias normativas tanto internacionales como nacionales que se vincula con este documento:

Tabla #2: Referencias de la Normativa del Protocolo de Atención Clínica

Nombre	Año
Ley General de Salud de Costa Rica. No 5395 ⁷	1921
Caja Costarricense de Seguro Social. Normas de Atención Integral de Salud. Primer Nivel de Atención ⁸	1997



Poder Ejecutivo. Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas ²³	2002
Norma oficial atención integral a la mujer durante el embarazo de bajo riesgo obstétrico ⁹	2008
Caja Costarricense de Seguro Social. Normas de Atención Integral de Salud. Guía atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo perinatal, parto y posparto ¹⁰	2009
Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social ¹¹	
Caja Costarricense de Seguro Social. Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social ¹²	2017
Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto ¹³	2020
Ley 10081. Derechos de la mujer durante la atención calificada como digna y respetuosa del embarazo como parto como postparto y atención del recién nacido ¹⁴	2022
Caja Costarricense de Seguro Social. Protocolo Clínico de atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud ¹⁵ .	2022
Caja Costarricense de Seguro Social. Manual Teórico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud ¹⁶	2022
Protocolo Clínico de Atención Integral a Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana ¹⁷	2023
Lineamiento técnico para la implementación del Plan de Parto en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social ¹⁸	2023
Lineamiento para proteger y garantizar los derechos de la mujer, la familia gestante y del recién nacido mediante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto ¹⁹	2024

Fuente: Elaboración propia

Alcance y campo de aplicación

El presente protocolo es de uso obligatorio para todas las personas profesionales en salud del I, II y III Nivel de Atención, responsables del cuidado de las usuarias que presentan amenaza de labor de parto y parto pretérmino.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 13 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM. 261022

Objetivos

Objetivo General:

Estandarizar las intervenciones a realizar en las mujeres embarazadas, que presentan labor de parto y parto pretérmino en el I, II y III Nivel de Atención, con el propósito de prevenir y/o reducir las complicaciones perinatales asociadas a esta condición.

Objetivos Específicos:

1. Identificar oportunamente usuarias con factores de riesgo y/o en labor de parto pretérmino en el I Nivel de Atención para realizar una referencia oportuna.
2. Establecer criterios de referencia para el II y III Nivel de Atención para el abordaje oportuno de las usuarias con esta condición.
3. Estandarizar el manejo de la labor de parto pretérmino en el II y III Nivel de Atención para prevenir la morbilidad perinatal generada por esta condición.
4. Promover la atención preconcepcional, a través de la consejería para la prevención de embarazos con Alto Riesgo de Parto Pretérmino.

Población diana

Usuarios Diana: personas funcionarias de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, involucrados en la atención de la usuaria con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino.

Población Diana: Toda usuaria embarazada usuaria de la seguridad social que presente labor de parto o parto pretérmino.

Personal que interviene

A continuación, se enuncian las personas profesionales en salud responsables de la atención.

Tabla #3. Personal de salud que interviene por Nivel de Atención

Nivel de Atención	Personal de salud que interviene	Función
	Personal de REDES Auxiliares de enfermería Profesional de Enfermería	Brindar atención básica a la persona usuaria, dando énfasis a la valoración del estado de salud,



Primer Nivel de Atención	Profesionales en Medicina general Profesionales en medicina especializada en Medicina Familiar y Comunitaria Profesional de Nutrición Profesionales de Trabajo Social Profesionales en Psicología Personal de Laboratorio clínico Personal de Farmacia	identificación de factores de riesgo. El profesional en enfermería realizará educación continua y supervisión al auxiliar de enfermería en contenidos educativos, normas y lineamientos relacionados, así como técnica y procedimientos relacionados
Segundo Nivel de Atención	Personal de REDES Profesionales de enfermería general y enfermería obstétrica Profesionales en Medicina general Profesionales en Medicina, especialistas en ginecología y obstetricia Profesionales en Medicina, subespecialistas en Medicina Materno fetal Profesionales en Medicina, especialistas en Pediatría Profesionales en Medicina, especialistas en Neonatología Profesionales Médicos especialistas en Medicina Interna Profesionales Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría Profesionales en Psicología Profesionales en Trabajo Social Profesionales en Nutrición Personal de laboratorio clínico Personal de Farmacia	Brindar atención a la persona usuaria que requiera una atención por especialidades según Nivel de complejidad (Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y otro equipo de apoyo). Los profesionales competentes deberán referir al II Nivel en caso necesario. El seguimiento local sea por el EBAIS o a nivel domiciliario (valorar ATAP) Fortalecer espacios educativos para promoción y prevención como el curso de preparación psicofísica para el parto.
Tercer Nivel de Atención	Personal de REDES Profesional de enfermería general y enfermería obstétrica Profesionales en medicina general Profesionales médicos especialistas en Ginecología y obstetricia Profesionales en Medicina, subespecialistas en Medicina Materno fetal Profesionales en Medicina, especialistas en Neonatología Profesionales Médicos especialistas en Medicina Interna Profesionales médicos especialistas en Endocrinología Profesionales médicos especialistas en Hematología Profesionales médicos especialistas en Pediatría Profesionales médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria Profesionales en Medicina, especialistas en Neonatología Otros médicos especialistas de referencia Profesionales en Psicología Profesionales en Trabajo Social	Brindar atención a la persona usuaria que por su condición de riesgo requiera una atención por especialidades según nivel de complejidad (Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y otro equipo de apoyo).



PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA

PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y
EL PARTO PREMATURO

Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM. 261022

	Profesionales en Nutrición Personal de laboratorio clínico Personal de Farmacia	
--	---	--

Fuente: Elaboración propia



Marco Conceptual

En este apartado se describen algunos elementos básicos que deben ser considerados para el adecuado diagnóstico y abordaje de las usuarias que presenten amenaza de parto y/o parto pretérmino.

El Síndrome de Parto Pretérmino Espontáneo tiene diversas etiologías dentro de las cuales, se pueden mencionar²⁰:

- Infección
- Desórdenes Vasculares
- Senescencia Decidual
- Sobre distensión uterina
- Disminución de progesterona
- Enfermedad cervical
- Incompetencia ístmico cervical. Ver Anexo # 3
- Interrupción de la tolerancia materna fetal
- Estrés
- Causas desconocidas


Además, se identifican algunos factores de riesgo de parto pretérmino²¹, que es importante conocer para poder realizar una detección temprana de ellos de preferencia antes del embarazo, para poder brindar educación preconcepcional, de acuerdo con el Protocolo de atención clínica de implementación y normalización de la atención preconcepcional²²:

- Antecedente de parto pretérmino previo espontáneo.
- Parto gemelar prematuro previo antes de las 30 semanas
- Bajo Peso Materno (IMC < 19.6)
- Obesidad pregestacional (IMC > 30)
- Embarazos múltiples
- Infecciones recurrentes en el embarazo
- Enfermedad crónica materna
- Anormalidades uterinas
- Consumo de drogas
- Estrés físico
- Sangrados en el embarazo
- Cirugías cervicales
- Cirugías abdominales
- Intervalo intergenésico corto (menos de 2 años)

Para la prevención del parto pretérmino es necesario la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico temprano, que permita establecer las intervenciones requeridas según Nivel de Atención.



En ejercicio de la función sustantiva de prestación de Servicios y de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, a continuación, se describe el abordaje integral de las usuarias con labor de parto pretérmino en los siguientes apartados:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 18 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM. 261022

Módulo 1. Consulta Prenatal en el I Nivel de Atención

Lugar: I Nivel de Atención

Insumos: consultorio Médico con su respectivo equipamiento, en concordancia con las Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas²³.

Personal de salud que interviene: REDES, personal de enfermería y personal médico y no médico. Laboratorio clínico y farmacia.

Descripción de las actividades:

Captación de la usuaria embarazada con amenaza de parto pretérmino:

A. Primera cita de control Prenatal (idealmente antes de las 10 semanas):

1. El personal de REDES recibe a la usuaria, revisa documentación
2. El personal de enfermería toma los signos vitales y datos de consulta, de acuerdo con la oferta de servicios establecidos por esta disciplina.
3. Las personas profesionales en medicina o enfermería se presentarán con calidez y entrevistarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. En el caso de realizar algún procedimiento, la persona profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee. Además de facilitar una persona asesora cultural en caso requerido y propiciar en todo momento el acompañamiento de la usuaria, si ésta así lo solicita.
4. La persona profesional en medicina deberá:
 - **Realizar la Historia clínica completa**, según EDUS y normativa Protocolo de Atención Integral al embarazo, parto y posparto¹⁵: con énfasis en historia obstétrica y desenlace de partos previos.
 - Completar información de tarjeta de historia clínica perinatal.
 - Antecedentes de Leep, conos, displasias o cirugías cervicales o en las que se realizara dilatación cervical
 - Identificar enfermedades crónicas que se asocien a riesgo de parto pretérmino
 - **Realizar examen físico**
 - **Indicar exámenes de laboratorio/ gabinete** según factores de riesgo de la usuaria y el Protocolo Clínico de Atención integral al Embarazo, Parto, Postparto en la Red de Servicios de Salud¹⁵.



- Urocultivo en primer trimestre (personal de enfermería brinda orientación sobre técnica adecuada de toma de la muestra)
- Solicitud de ultrasonido de primer trimestre entre las 11-14 semanas

B. Criterios de referencia a Nivel de mayor complejidad

Las usuarias que cumplan con los siguientes criterios serán referidas al centro de mayor complejidad, según área de atracción y disponibilidad de recurso humano y material:

- Historia con antecedentes de procedimientos que generen acortamiento cervical
 - Antecedentes de parto prematuro espontáneo
 - Si dispone de US que reporte con longitud cervical < 25 mm por vía endovaginal

Consulta de seguimiento en I Nivel de Atención:

Se realizará control prenatal según normativa en Protocolo Clínico de Atención al embarazo, parto y posparto¹⁵ y lo requerido por la patología de fondo.

1. La persona de REDES recibe a la usuaria, revisa documentación
2. La persona profesional en enfermería toma los signos vitales y datos de consulta.
3. La persona profesional en medicina deberá:
 - Realizar la revisión de exámenes
 - Verificar si se confirman estos antecedentes o existe un reporte de US
 - Referir a ultrasonido entre las semanas 18-24 para morfología, neurosonografía, ecocardiografía (dependiendo de la capacidad instalada y recursos humano) y tamizaje universal de Longitud cervical²⁴.



Módulo 2. Atención Prenatal en II o III Nivel de Atención

Lugar: Consulta Externa o Sala de Urgencias del II y III Nivel de Atención

Insumos: consultorio Médico con su respectivo equipamiento. Y en concordancia con las Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas²³ y el Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo como parto y postparto¹³.

Personal de salud que interviene: personal de REDES, auxiliar de enfermería, personal de enfermería general y obstétrica, personal médico especialista en emergencias, medicina familiar, gineco-obstetricia y perinatología. Otros profesionales médicos y no médicos especialistas de referencia. Profesionales en microbiología y farmacia.

Descripción de las actividades:

Las actividades van dirigidas a establecer las intervenciones requeridas en el II y III Nivel de Atención. Para la atención de las usuarias con amenaza de parto pretérmino, ya sea captadas en este Nivel o referidas del I Nivel.

A. Segunda cita de control Prenatal (idealmente entre 10 - 16 semanas):

1. El personal de REDES recibe a la usuaria, revisa documentación
2. El personal de enfermería toma los signos vitales y datos de consulta, según la oferta de servicios definidas por esta disciplina.
3. Las personas profesionales en medicina o enfermería entrevistarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, practicando la escucha activa e identificando el interés de la usuaria considerando su momento de vida y contexto. Además, propiciarán en todo momento el acompañamiento de la usuaria, si ésta así lo solicita.
4. La persona profesional en medicina deberá:
 - Realizar anamnesis de los antecedentes obstétricos y ginecológicos (Historia parto prematuro principalmente)
 - Realizar control obstétrico y registrado en tarjeta de historia clínica perinatal (FCF, altura uterina)
 - Revisar exámenes (de forma prioritaria revisar urocultivo y tratar si es necesario)
 - Indicar exámenes de laboratorio según factores de riesgo de la usuaria
 - Realizar o referir a ultrasonido para tamizaje genético, según edad gestacional
 - Identificar usuarias con factores de riesgo importantes para parto pretérmino, se clasificará la causa para definir tratamiento:
 - **Progesterona micronizada**^{20,25}: 200mg HS vía vaginal (en caso de contraindicación a la vía vaginal, administrar VO), idealmente iniciar a las 16 semanas y suspender 36 semanas de gestación.



- Antecedente de parto pretérmino espontáneo
- Cuello Corto identificado por ultrasonido en tamizaje que se define como longitud cervical menor a 25mm^{26,27} (ver Flujograma #1)
 - **Cerclaje:** (Ver Anexo # 3)
- Procedimientos cervicales
- Congénitas

B. Tercera cita de control Prenatal (idealmente entre 18-24 semanas):

1. Realizar las actividades de seguimiento del control prenatal establecidas en el Protocolo de atención clínica el embarazo, parto y posparto¹⁵ y de acuerdo con los factores de riesgo. Registrarlo en tarjeta de historia clínica perinatal (FCF, altura uterina, MF)
2. Realizar ultrasonido entre las semanas 18-24 para Morfología, neurosonografía, ecocardiografía (dependiendo de la capacidad instalada y recursos humano) y tamizaje universal de Longitud cervical²⁸.

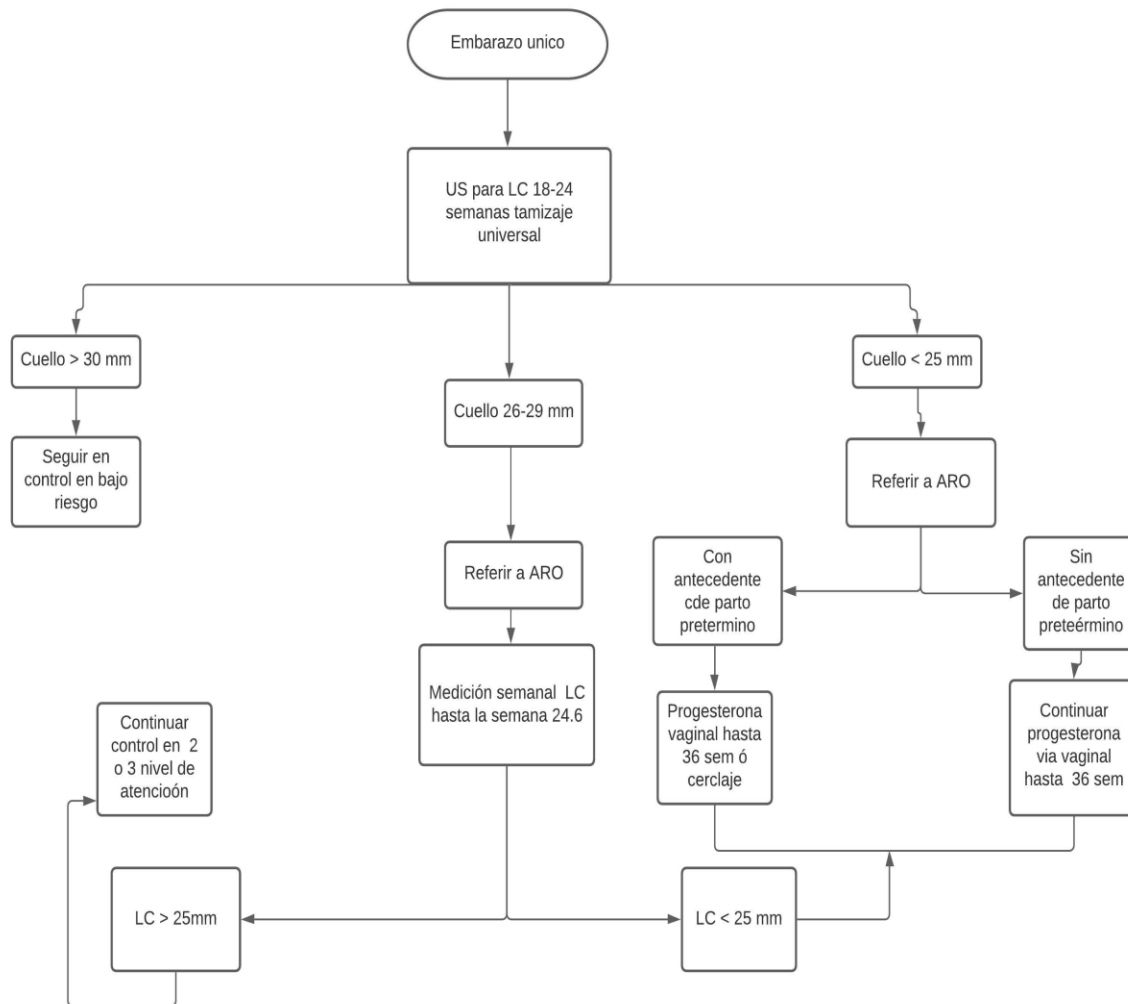
C. Cuarta cita de control prenatal (idealmente entre 28-32 semanas):

1. Realizar las actividades de seguimiento del control prenatal establecidas en el Protocolo de atención clínica el embarazo, parto y posparto¹⁵ y de acuerdo con los factores de riesgo identificados. Registrarlo en tarjeta de historia clínica perinatal (FCF, altura uterina, MF)
2. Valorar reporte de laboratorio e iniciar manejo en caso de asociar otra patología.

D. Quinta cita de control prenatal:

1. Continuar control prenatal según el Protocolo de atención clínica el embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud¹⁵.
2. A continuación, se detallan los Flujogramas #1 y #2, propuestos para el abordaje de la usuaria con Parto Pretérmino.^{29,30,31,32,33,34}

Flujograma #1 Manejo clínico de la prevención de parto pretérmino con la condición de cuello corto



Fuente: Modificado de American College of Obstetricians and Gynecologists (2012) (reaffirmed 2018). Prediction and prevention of preterm birth²¹.

*La medición seriada de la longitud cervical se realiza de la siguiente manera:

3. Longitud de 25 a 29 mm³⁰, cada semana hasta la semana 24.6
4. Según disponibilidad del recurso humano y material del centro de salud.
5. En el tamizaje cuando se tenga una longitud menor a 25 mm continuar con progesterona sin parto pretérmino y con antecedente de parto pretérmino realizar cerclaje y/o con progesterona endovaginal. (Flujograma #2).

Flujograma #2 Prevención del parto pretérmino en usuarias con antecedentes de parto pretérmino (único o gemelar)



Fuente: adaptada de American College of Obstetricians and Gynecologists (2012) (reaffirmed 2018). Prediction and prevention of preterm birth. pp 964-73²¹.

6. Detección de la usuaria con actividad uterina con o sin cambios cervicales³⁵:
 - Esta situación se presenta con frecuencia, si la usuaria consulta a la Unidad de Emergencias Gineco-obstétricas del servicio de emergencias o se evalúa en una consulta rutinaria con contracciones documentadas ya sea por dinámica uterina manual o cardiotocografía, se debe:
 - Evaluar condiciones cervicales cada 2 a 4 h hasta para identificar cambios cervicales que cumplan la definición de parto prematuro.
 - Laboratorios según historia clínica que incluyan un EGO o Urocultivo, y frotis cultivo cervicovaginal.
 - Reposo relativo. Valorar la necesidad de realizar incapacidad médica.
 - Si se cuenta con ultrasonido medir longitud cervical y referir o internar con un cuello menor de 15 mm para iniciar el protocolo de parto prematuro³⁶.



- Si no presentan cambios cervicales o si se pudo medir el cuello por ultrasonido con una medida > 30 mm se egresarán con pruebas de bienestar fetal normales ya que la posibilidad de parto prematuro es muy remota aun con síntomas²⁴.
- **Criterios de internamiento:** En caso de que se cumplan criterios diagnósticos de labor de parto: que la usuaria presente actividad uterina más de 6 contracciones por hora junto con cambios cervicales, > 3 cm de dilatación con un 80% de borramiento y una edad gestacional menor a las 37 semanas.

El diagnóstico es clínico y su manejo dependerá de la edad gestacional²⁰.

Se debe referir a Trabajo Social según criterio médico en caso de identificar algún factor de vulnerabilidad, de acuerdo con los criterios de referencia estipulados y la oferta de servicios de esta disciplina.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 25 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM. 261022

Módulo 3. Hospitalización

Lugar: áreas de hospitalización del II y III Nivel de la Red de Servicios, con un nivel de complejidad con los recursos para la atención de parto prematuro.

Insumos: unidades con equipos e insumos necesarios para la atención del prematuro, salas de internamiento con su respectivo equipamiento. Equipo de US, monitoreos fetales.

Personal de salud que interviene: personal de REDES, auxiliar de enfermería, personal de enfermería general y obstétrica. Personal médico especialista en emergencias, medicina familiar, gineco-obstetricia y perinatología y neonatología o pediatra. Otros profesionales médicos y no médicos especialistas de referencia.

Descripción de las actividades:

Las personas profesionales en medicina o enfermería abordarán a la usuaria de forma respetuosa y empática, practicando la escucha activa e identificando el interés de la usuaria considerando su momento de vida y contexto. Además, propiciarán en todo momento el acompañamiento de la usuaria, si ésta así lo solicita.

A continuación, se presentan diferentes escenarios, en donde el personal médico y de enfermería deberán velar por el cumplimiento del manejo recomendado de la usuaria según su edad gestacional y estado clínico:

1. Usuaria con labor de parto antes de las 26 semanas:

- Se recomienda abordaje expectante: dado que esta edad gestacional sobrepasa las posibilidades de atención para los fetos en nuestro país, son considerados como no viables y la causa generalmente es infecciosa lo que suma un riesgo materno, evolución espontánea sin intervención³⁷.
- Se debe explicar ampliamente a la usuaria sobre la expectativa de vida del feto y con ello llegar al acuerdo sobre la frecuencia de la vigilancia obstétrica.
- Se coordinará un manejo interdisciplinario con el servicio de neonatología y servicios de apoyo: psicología, trabajo social y enfermería.
- Al egreso de la usuaria, se debe enviar referencia al área de atracción para la asesoría preconcepcional según el Protocolo Institucional²²
- En casos necesarios, contemplar lo estipulado en la Norma Nacional para la atención de mujeres con pérdidas gestacionales tempranas³⁸ y el documento institucional vigente¹⁷.

2. Usuaria con labor de Parto Pretérmino en Embarazo entre las 26 y menor de 37 semanas:

- Se debe indicar reposo relativo.



- Enviar laboratorios de base, Hemograma, Urocultivo, EGO, Frotis y cultivo vaginal.
- Cultivo de ano y vagina para identificación por estreptococcus agalactie³⁹ (la validez de un tamizaje previo negativo es de 5 semanas) Según lineamiento institucional⁴⁰ (ver apartado adelante).
- Vigilar por cambios cervicales significativos.
- Realizar pruebas de bienestar fetal.
- Indicar esquema de maduración pulmonar: dexametasona 41 6mg IM cada 12h, # 4 dosis o hasta el parto, si no ha tenido una dosis de esteroides previa o si tiene un solo esquema de esteroides previo hace más de 14 días. En caso de sospecha de parto inminente en un periodo menor a 7 días o indicación de interrupción electiva del embarazo en fetos con edades gestacionales inferiores a las 37 semanas, si no han usado esquema de maduración antes de las 34 semanas.
- Profilaxis antibiótica: Inicio de ampicilina 2gr IV Stat y luego 1 gr cada 4h IV con cultivo positivo por estreptococcus agalactie o con desconocimiento de este.
- Uteroinhibición hasta completar la dosis de esteroides. (Ver apartado adelante)
- Neuroprotección con Sulfato de magnesio en embarazos menores a las 32 semanas (ver apartado adelante)⁴².
- En caso de no ser una presentación cefálica valorar parto por cesárea.

Es importante aclarar que la maduración pulmonar de estas usuarias es intrahospitalaria, no existe el concepto de dosis profiláctica de esteroides o uteroinhibición profiláctica, se utilizan únicamente cuando el parto es inminente o condiciones especiales de incertidumbre con respecto al desenlace del embarazo, ejemplo membranas en reloj de arena o trastornos hipertensivos del embarazo. No existe otra dosificación en maduración pulmonar sin importar el número de fetos o la velocidad con la que se espera el parto.

Esteroides de rescate:

Está demostrado que el mayor efecto de los esteroides se da entre las 24 a 48 horas de completar el esquema y hasta los 7 días posterior a su colocación. Por lo que la colocación del primer esquema debe de realizarse únicamente en usuarias con parto prematuro inminente o indicación electiva de cesárea en feto prematuro.

Los esteroides de rescate se colocan con las siguientes indicaciones:

1. En embarazos menores a las 34 semanas con amenazas de parto prematuro que cumplan criterios para esteroides.
2. Si el primer esquema se colocó en una ventana superior a los 14 días^{20,43}
3. Solamente se colocará un esquema de rescate.
4. La dosificación debe ser un esquema completo con la misma dosis antes descrita.

Las distintas edades gestacionales están relacionadas con diferentes efectos sobre el feto, para esto se diferencia entre prioridad 1 y 2.



Prioridad 1

Embarazos de 26 a 34 semanas de gestación se requiere:

1. Un esquema completo de esteroides para disminuir las complicaciones hemorragias ventriculares, enterocolitis necrotizante, membrana hialina y sepsis neonatal.
2. Uteroinhibición para poder completar los esteroides.
3. Profilaxis para la infección por *Estreptococos B hemolítico*.

Prioridad 2

Usuarías que requieren un esquema completo y uteroinhibición porque los efectos se relacionan directamente con morbilidad perinatal.

1. Embarazos entre las 34 y 36.6 semanas

En este grupo hay estudios que relacionan una posible morbilidad asociada a complicaciones respiratorias fetales.

En este grupo debemos hacer énfasis en que:

- Colocación de esteroides (Si se colocó un esquema previo con esta edad gestacional no se da rescate de esteroides)
- Profilaxis por infección del estreptococo B hemolítico.
- Betametasona: 12 mg IM cada 24 horas #2. Uso sujeto a aprobación y disponibilidad en la LOM.

Indicación de sulfato de magnesio ($MgSO_4$) para Neuroprotección⁴⁴

La prematuridad es el principal factor de riesgo para la parálisis cerebral leve, moderada y severa. EL 30% de los casos de parálisis cerebral son en fetos menores de 32 semanas. El uso del sulfato de magnesio no tiene riesgos significativos maternos. No hay un consenso en cuanto la dosis de carga ideal, pero la mayoría de los estudios utilizan dosis carga de 4 gramos intravenoso.

A continuación, en la Tabla #4 se describen los criterios que deben ser tomados en cuenta para valorar el uso del sulfato de magnesio.



Tabla #4 Criterios de uso sulfato de magnesio

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Edad gestacional entre las 26 -32 semanas	Fase activa mayor a 8 cm de dilatación
Alto riesgo de parto prematuro dentro de 2 a 24 horas	Anomalías fetales
	Contraindicaciones maternas a sulfato de magnesio (hipertensión pulmonar, miastenia gravis, enfermedad cardiaca clase III-IV, enfermedad pulmonar severa aguda o insuficiencia renal)

Fuente: Elaboración propia

Manejo clínico:

- Suspender cualquier tocolítico.
- Utilizar sulfato de magnesio 4 gramos de carga durante 20 a 30 minutos, seguido de 1 gramo por hora.
- Diluir 20 gramos de $MgSO_4$ en 150 ml de solución salina al 0.9%, (de una bolsa de 250cc se deben extraer 100 cc de solución, posteriormente se le agrega el $MgSO_4$), quedando una concentración de 1 gramo/ hora que es igual a 12.5 ml/h.
- Duración máxima del tratamiento es de 12 horas. Tiempo de administración mínima, 20 minutos antes del parto.
- Suspender el $MgSO_4$ en parto inminente.
- Si el parto se considera inminente de nuevo, reinicie la carga de $MgSO_4$. Verifique que no se ha sobrepasado más de 6 horas sin la Neuroprotección inicial.
- Usuaris tratadas con $MgSO_4$ deben tener vigilancia de:
 - Reflejos osteotendinosos profundos, signos vitales y frecuencia respiratoria cada hora.
 - Cuantificación de ingestas y excretas cada 2 a 4 horas.
 - En caso de haber algunas manifestaciones clínicas de intoxicación $MgSO_4$ deben de medirse niveles de estos.
 - Deben de contarse con el gluconato de calcio en caso de depresión respiratoria.

Uteroinhibición:

La uteroinhibición tiene indicaciones específicas²⁰:

1. Colocación para aplicación de esteroides por 48 horas.
2. Traslado entre centros cuando sea necesario.
3. Para la administración de antibióticos para la prevención de la infección del estreptococo del grupo B.



Contraindicaciones de transporte materno⁴⁵:

1. Condición materna inestable
2. Condición fetal inestable o probabilidad de deterioro rápido
3. El parto es inminente

Contraindicaciones para tocólisis son⁴⁵:

- Muerte fetal intrauterina
- Anomalía fetal letal
- Estado fetal no tranquilizador
- Preeclampsia o eclampsia severa
- Sangrado materno con inestabilidad hemodinámica
- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas mayor de 34 semanas
- Contraindicaciones maternas para la tocólisis (específicas del agente)

Medicamentos disponibles para uteroinhibición:

Indometacina: En embarazos con edad gestacional mayor a las 26 semanas y menores a las 32 semanas, este AINE puede ser utilizado de forma oral o rectal:

- Dosis oral 50mg de carga y 25mg cada 8h x 48 h
- Rectales supositorios de 100mg cada 12 h x 48 h

Sulfato de magnesio: 4gr más 100 cc de SF a pasar en 20 min y luego 20gr en 400cc de SF a pasar a 25 cc por hora a razón de 1gr/ hora.

Salbutamol IV: por su perfil de riesgo no es recomendado y su presentación oral no es terapéutica.

Nifedipina: en embarazos de 26 a 36 semanas con las siguientes presentaciones:

- Presentación de 10 mg
- Presentación de 30 mg

Importante: los agonistas de los receptores betaadrenérgicos y los bloqueadores de los canales de calcio deben usarse con precaución en combinación con sulfato de magnesio para esta indicación. Antes de las 32 semanas de gestación, la indometacina es una opción potencial para su uso junto con el sulfato de magnesio⁴⁶. El uso de terapia de mantenimiento con un tocolítico después de la dosis inicial de amenaza de parto prematuro NO es recomendada pero dicho criterio puede cambiar según de la decisión del médico ginecobstetra. La decisión de la gente tocolítico de primera línea debe ser individualizado a cada paciente según su edad gestacional, comorbilidades maternas, frecuencia y severidad de los efectos secundarios y que a la vez sea eficaz y seguro.

- **Nifedipina:** En el manejo de la labor de parto pretérmino (usuarias con contracciones uterinas regulares, capaces de producir modificaciones cervicales de al menos 3 cm de dilatación y > de 80% borramiento). En embarazos con edad gestacional^{47,48} de 26 a 36 semanas en caso de

contraindicación para el uso de indometacina. El uso de Nifedipida prolongada tiene riesgo de hemorragia posparto por atonía uterina. Para dosis ver Tabla #5.

Contraindicaciones:

- Embarazo < 26 semanas o > 36 semanas
- Ruptura de membranas > 34 semanas
- Estado fetal no tranquilizador.
- RCIU y frecuencia cardiaca anormal.
- Hemorragia anteparto que requiera parto inmediato.
- Eclampsia
- Preeclampsia severa que requiera la terminación del embarazo.
- Muerte fetal intrauterina.
- Sospecha de infección intrauterina.
- Cualquier otra condición materna o fetal en la cual la continuación del embarazo sea peligrosa.
- Placenta previa.
- Desprendimiento de placenta normoinserta.
- Hipersensibilidad a la sustancia activa o sus excipientes.
- Hipotensión severa

Tabla #5. Dosis de Nifedipina^{49 50}

Esquema	Presentación	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento
1	Nifedipina 10 o 30 mg	30 mg	10-20 mg cada 4-6 horas

Fuente: Comité de Farmacoterapia en la sesión 2024-02, celebrada el 17 de enero del 2024

Nota: En caso de que la usuaria no tolere la nifedipina, indometacina o si existe alguna contraindicación para su uso se deberá disponer de los mecanismos oficiales establecidos por la Institución, a través de formulario no LOM de forma expedita, según las instrucciones emitidas por la Dirección de Farmacoepidemiología (recomendación emitida por la Dirección de Farmacoepidemiología)

Cuidados de enfermería para la aplicación del medicamento:

- Consultar a la usuaria sobre alergia a fármacos.



- Brindar orientación sobre aplicación y efectos secundarios del medicamento.
- Detección temprana de signos de alarma en la usuaria durante la administración de fármaco.
- Valorar presencia de contracciones uterinas posterior a la aplicación del fármaco.

Profilaxis para la prevención del estreptococo B hemolítico

- El estreptococo agalactie es un microorganismo saprófito habitual del tracto genitourinario y gastrointestinal del ser humano.
- La transmisión de la bacteria es de manera vertical a los recién nacidos.
- La prevalencia de colonización materna es de un 5 – 30% según factores como la etnia, lugar de procedencia, entre otros.
- Colonización del neonato de madres portadoras en trabajo de parto es de un 50%⁵¹
- 1-2% desarrollan enfermedades severas.

La infección se clasifica en:

Temprana

- 80 – 85% de casos.
- Neumonía severa
- Septicemia

Tardía

- 10 – 15% de casos.
- Transmisión horizontal y vertical.
- Bacteriemia
- Neumonía
- Meningitis.

Técnica de la toma de la muestra del estreptococcus agalactie

- Personal encargado (Enfermería, médico tratante, personal de bacteriología atento e informado).
- Insumos requeridos: guantes, medio de transporte.
- Se utiliza un único aplicador, movimientos circulares en introito vaginal y posteriormente dentro del esfínter anal.
- No requiere el uso de espéculo.



- Enviar la muestra al laboratorio debidamente rotulado.
- Indicar en el expediente la toma del tamizaje.
- Se envía en orden de laboratorio.
- Registro: consignarlo en el expediente clínico, CLAP e indicarle el resultado a la usuaria.

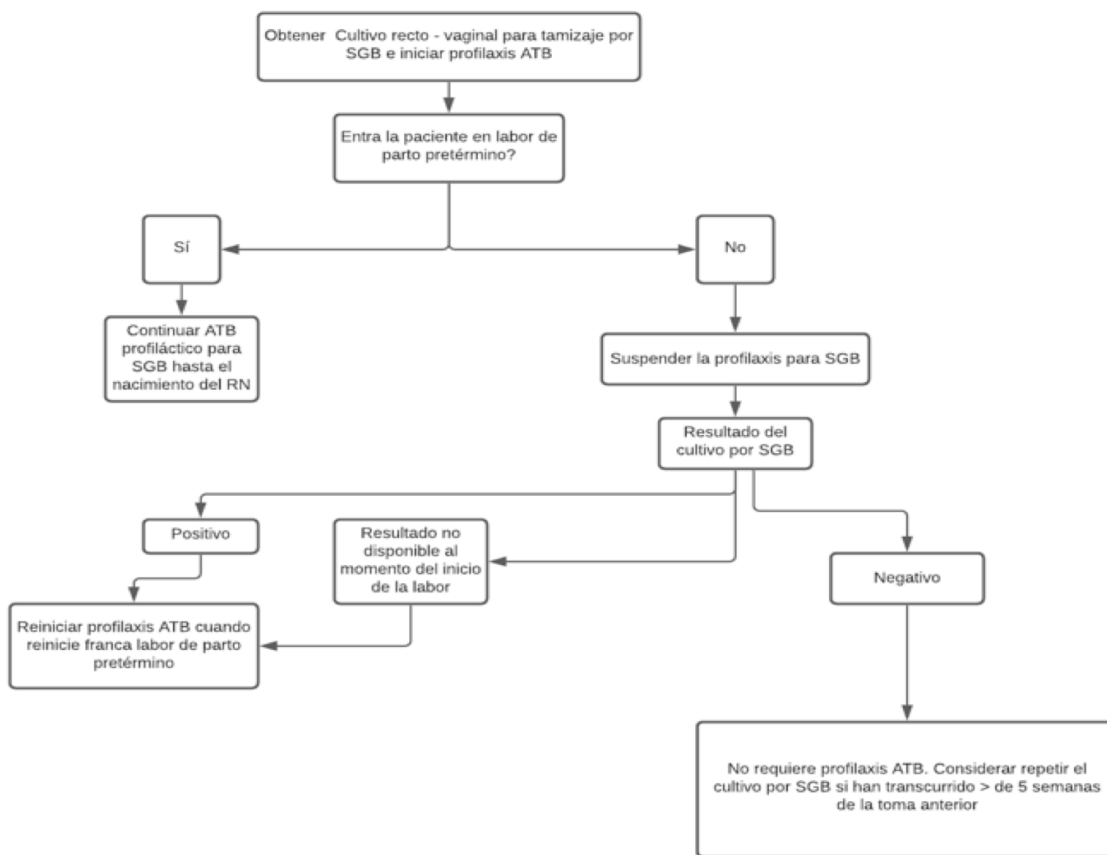
Abordaje (Ver Flujograma #3)

Durante la consulta de control prenatal:

1. Tomar la muestra del tamizaje por Estreptococo del grupo B durante las semanas 36 a 37.6 o antes si se presenta un parto pretérmino inminente (Flujograma #4).
2. Citar a la usuaria 7 días después para la revisión del resultado del tamizaje por Estreptococo del grupo B y colocar el resultado de este en el CLAP, en el expediente e informar a la madre acerca este resultado y la importancia de decirlo al momento de ser ingresada a sala de partos. Así como el abordaje de la usuaria (Tabla #6 y Flujograma #5)

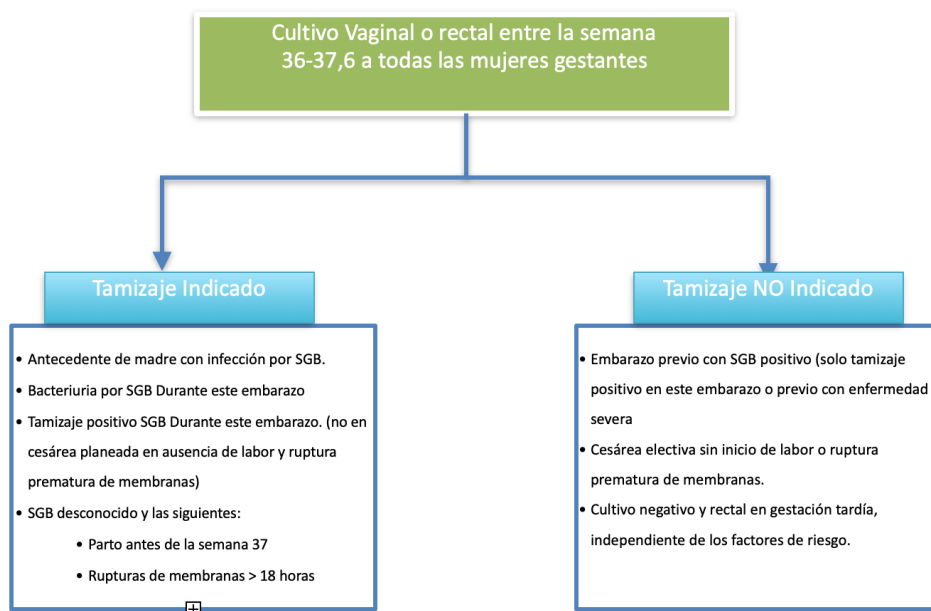


Flujograma #3. Manejo del Estreptococos B hemolítico en el embarazo de pretérmino.



Fuente: Adaptado de CCSS (2015) Lineamiento técnico Tamizaje en mujeres gestantes para Estreptococo del grupo B ⁴⁰

Flujograma #4. Indicaciones a quienes tomar el cultivo para EGB



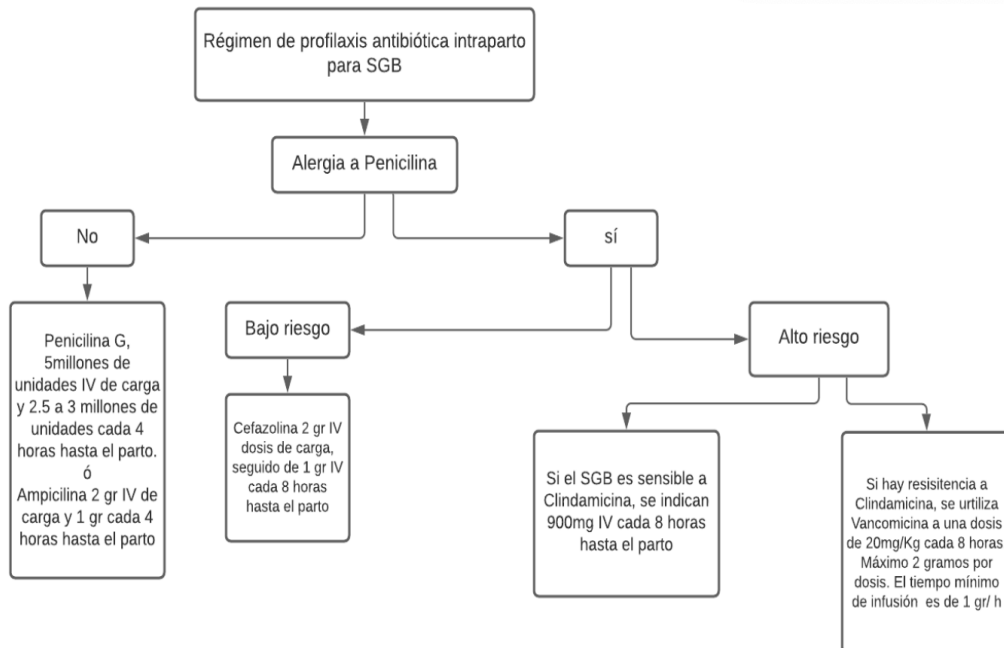
Fuente: Adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists (2020) Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns⁵¹.

Tabla #6. Profilaxis intraparto para la prevención de la infección neonatal temprana por EGB

Medicamento recomendado	Dosis y vía de administración
Penicilina G sódica	5 millones de unidades IV (dosis inicial) 2,5 millones de unidades IV cada 4 horas hasta el parto
Segunda elección	
Ampicilina	2 g IV (dosis inicial) 1 g IV cada 4 horas hasta el parto
Alergias a penicilina	
Clindamicina	900 mg cada 8 horas IV hasta el parto
Alergias a clindamicina	
Vancomicina	20 mg/kg cada 8 horas, Máximo 2 gramos por dosis.

Fuente: CCSS (2015) Lineamiento técnico Tamizaje en mujeres gestantes para Estreptococo del grupo B (pp 3)

Flujograma #5 Profilaxis antibiótica intraparto para EGB



Fuente: Adaptado de CCSS (2015) Lineamiento técnico Tamizaje en mujeres gestantes para Estreptococo del grupo B⁴⁰

Al momento del ingreso a Sala de Partos:

1. La persona profesional en medicina responsable de la usuaria al momento del ingreso deberá revisar la información acerca del resultado del tamizaje del Estreptococo del grupo B y en caso de estar positivo o desconocimiento de este, inicia antibióticos profilácticos como esta establecidos en el presente protocolo.
2. El tiempo ideal para el inicio del tratamiento del antibiótico en usuarias con el Estreptococo del grupo B positivo o usuarias sin el tamizaje es de cuatro horas antes del parto.
3. Es de carácter obligatorio por parte de la persona profesional en medicina a cargo informar acerca el resultado del tamizaje por Estreptococo del grupo B al Servicio de Neonatología, colocándolo claramente en la nota de parto.



4. No realizar ninguna maniobra médica obstétrica para prolongar las 4 horas de antibióticos previo al parto.



Módulo 4. Atención de la usuaria en sala de partos

Lugar: áreas de salas de parto del II y III Nivel de Atención. La atención de un parto pretérmino debe ser realizado en un Centro que reúna las condiciones de infraestructura y tecnología requeridas; así como personal calificado para su atención.

Insumos: salas de labor, salas de expulsivo con su respectivo equipamiento. Unidad de cuidados intensivos neonatales. Equipo de ultrasonido en caso necesario y monitoreos fetales.

Personal de salud que interviene:

- Asistente de usuarias
- Persona auxiliar de enfermería de sala de partos
- Persona profesional en enfermería obstétrica con capacitación en reanimación neonatal, esta puede realizar el parto de ser necesario.
- Persona profesional en enfermería de cuidados del recién nacido con curso de reanimación neonatal
- Persona profesional en Neonatología o pediatría presente en el periodo de expulsivo
- Persona profesional en Ginecología, Médico(a) Residente, Profesional en Medicina general a total disposición, estos pueden realizar el parto de ser necesario.

Descripción de las actividades:

1. Se debe definir la vía de parto

La vía de parto en fetos pélvicos prematuros debe de ser cesárea, el riesgo de atrapamiento de cabeza se multiplica con forme disminuye la edad gestacional por esto se recomienda la cesárea en presentaciones no cefálicas.

En caso de presentación cefálica la vía de parto es vaginal sin importar el peso del feto dado que la cesárea no presenta beneficios en los resultados neonatales⁵².

Además de ello, debe valorar si el hospital cuenta con las condiciones para recibir a un prematuro, de lo contrario se debe realizar el trasladar in útero. El mismo debe ser coordinado por persona profesional en medicina del servicio de neonatos o pediatría.

2. Atención Labor de parto y parto:

Cuando la usuaria se encuentre en franca labor de parto, ésta debe ser controlada en una sala de partos, la persona profesional en enfermería obstétrica será el encargado de atender la labor. Se deben realizar los controles de intervención obstétrica según Protocolo Clínico de Atención Integral al Embarazo, Parto y Posparto en la Red de Servicios de Salud¹⁵ y el Modelo de Atención Calificado en el Embarazo, Parto y Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social¹².



Condiciones particulares para considerar en el expulsivo de un feto pretérmino:


- Lo ideal es referir a la usuaria con feto en útero para su adecuada atención ante el mismo.
- En caso de parto inminente trasladar al feto en ambulancia neonatal al centro más cercano y darle soporte ventilatorio por medio de ambú y adecuando control de su temperatura hasta que llegue la ambulancia.

Atención del Recién Nacido:

Se procederá según lo contemplado en el Manual de Procedimientos de Cuidados del Recién Nacido Centrados en el Desarrollo y la familia⁵³.

Atención en el post parto:

- Se deben realizar los controles, intervención obstétrica según Protocolo Clínico de Atención Integral al Embarazo, Parto y Posparto en la Red de Servicios de Salud¹⁵ y el Modelo de Atención Calificado en el Embarazo, Parto y Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social¹².
- Planificación del siguiente embarazo. Considerar lo establecido en el Protocolo de Atención Clínica Implementación y Normalización de la Atención Preconcepcional, 2020²²
- Recomendaciones sobre anticoncepción postevento obstétrico.
- Explicarle a la usuaria sobre su riesgo futuro ante otro embarazo prematuro y acudir al centro de salud de su comunidad y según lo detallado anteriormente referir ante un centro de atención de II y III Nivel.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 39 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022

Módulo 5. Atención de las usuarias en los Servicios de Psicología

Lugar: los III Niveles de Atención de la Red de Servicios.

Insumos: consultorio para la atención psicológica con su respectivo equipamiento, cuando sea necesario instrumentos de medición psicológica.

Personal que interviene: Profesionales en Psicología de los III Niveles de Atención.


Indicaciones: Cuando según criterio del equipo Médico tratante, y dadas las particularidades de la atención interdisciplinaria, se desprenda la necesidad del acompañamiento psicológico coadyuvante, será posible la emisión de solicitud de atención psicológica dirigida a psicología del centro de salud donde se realiza la atención de las usuarias. De tal forma que se active el proceso de atención psicológica.

Se detallan las condiciones requeridas para la realización de solicitudes de referencias, interconsultas a psicología según sea la necesidad detectada.

1. Usuarias que por su condición de salud requieran la atención psicológica para la valoración, tratamiento y seguimiento de los componentes cognitivos, emocionales y conductuales asociados a su situación.
2. Usuarias que por su condición de salud requieran mejorar adherencia a tratamientos y recomendaciones indicadas por el equipo tratante, tales como adherencia medicamentosa, entre otras.
3. Usuarias que por su condición de salud requieran manejo psicológico para la adquisición de hábitos en salud asociados especialmente con la adaptación y adopción de los relacionados con indicaciones para el manejo de la hipertensión en el embarazo.
4. Usuarias que por su condición de salud asocien y presenten situaciones especiales urgentes de manejo psicológico, tales como, enfermedades crónicas no transmisibles descompensadas, violencia psicológica, intrafamiliar, física, sexual, problemas de salud mental, entre otras que pongan en peligro su bienestar y el del niño o niña gestante.

Generalidades de la atención Psicológica en los tres niveles de atención: La atención psicológica será solicitada por el profesional en medicina tratante de preferencia o por cualquier otro profesional del equipo de salud mediante el modelo de referencia institucional vigente y mediante interconsulta cuando se trate de usuarias de servicios de hospitalización y urgencias, las cuales se verán reflejadas en el respectivo aplicativo de la plataforma EDUS.

La atención psicológica se activará a través del subproceso de atención integral de psicología, será realizada única y exclusivamente por profesionales en psicología con nombramiento activo en la

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 40 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022

institución, conforme a lo establecido en la Oferta de servicios psicológicas para los tres niveles de atención de la Caja Costarricense de seguro Social. Código GM-MDD-3970-2018.

Las anotaciones producto de la atención psicológica deben ser consignadas en el SIES- EDUS en tiempo real por parte de los profesionales en psicología, Lineamiento contenido estándar para las anotaciones de psicología en expediente único en salud EDUS CCSS. (GM- MDD-32335-2017)⁵⁴

Las modalidades de atención que se pueden implementar con las usuarias serán las aprobadas por la Coordinación Nacional de Psicología vigentes a la fecha de su publicación, a saber, individual, grupal, pareja, familia y tele psicología por medios alternativos institucionales. Según el Manual de procedimientos para la aplicación de la Tele psicología en la Caja Costarricense de Seguro Social. (MP-GM-DDSS-ARSDT-PSI-11112020)⁵⁵ y Oferta de Servicios de Psicología en los tres niveles de atención (GM-MDD-3970-2018)⁵⁶.

Los escenarios de atención psicológica disponibles para desarrollar la atención psicológica son: consulta externa, hospitalización y emergencias según sea la prioridad y necesidad de las usuarias, acorde con el Manual de Instrucciones de Trabajo de atención intrahospitalaria en Psicología de la CCSS. (MIT.GM.DDSS.ARS.DT.PSI.002)⁵⁷, Oferta de Servicios de Psicología (GM-MDD-3970-2018) Manual de instrucciones de trabajo de atención psicológica de personas usuarias que acuden al Servicio de Urgencias Código MIT.GM. DDSS-ARSDT- PSI. 003 Versión: 00⁵⁸.

Sobre la cantidad de sesiones psicológicas se recomienda programar atención psicológica según la condición de salud de las usuarias, ya sea en consulta externa, así como en cualquier otro escenario de atención, para ello la cantidad de sesiones se establecerá según el modelo de atención en estilo breve, y según los objetivos terapéuticos establecidos para cada sesión. Acorde con los tiempos establecidos para la atención psicológica y concertación de citas en los servicios de psicología. Lineamiento sobre el uso de la agenda oficial para concertar citas en los servicios de Psicología de la CCSS Código L.GM. DDSS-ARSDT- CNPPSI. #001-2013⁵⁹ y acogiéndose a lo establecido en la circular Tiempos de consulta en la atención (GM-18828-2)⁶⁰.

1. **Plan de Intervención Psicológica:** Para ello, debe de considerar las condiciones psicológicas presentes en las usuarias en el momento actual, consignándolas en EDUS. De esta forma el profesional en psicología procederá con la intervención psicológica acorde con las necesidades reales de las personas usuarias de este protocolo.
2. La estrategia psicoterapéutica de intervención debe ser basada en la evidencia y de preferencia de estilo breve que haya demostrado su alta eficacia y no produzca efectos adversos según la literatura científica vigente. Cuando sea necesario se pueden utilizar estrategias de intervención en crisis.
3. En el primer nivel de atención el profesional en psicología puede realizar actividades relacionadas con la detección y diagnóstico temprano de las condiciones psicológicas de las usuarias, además brindará atención y seguimiento primario.
4. En el segundo nivel se brindará atención psicológica a las usuarias que lo requieran, en consulta externa, hospitalización y emergencias.
5. En el tercer nivel se brindará atención psicológica de las usuarias con complicaciones de tipo severo, en consulta externa, hospitalización y emergencias.



Objetivo Psicoterapéutico General: Facilitar que las usuarias con amenaza de parto y parto prematuro desarrollen conductas de afrontamiento psicológico positivo, acorde con su estado de salud, considerando variables de personalidad, edad, ocupación, así como, relaciones de pareja, familiares y sociales, nivel de riesgo asociado entre otros.

Recomendaciones para considerar dentro de los Objetivos Psicoterapéuticos Específicos:

1. Abordaje del estado cognitivo, emocional y afectivo de las usuarias con la finalidad de implementar aquellas estrategias que favorezcan el estado integral de la salud psicológica.
2. Manejo psicológico de aquellos estilos de vida, patrones conductuales (costumbres, creencias negativas, aspectos emocionales) que interfieran con la estabilidad psicológica, adaptación y funcionalidad cuando estos sean desencadenados o exacerbados directamente por la condición de hipertensiva durante el embarazo.
3. Abordaje e incorporación de estrategias que fortalezcan conductas de autocontrol que permita a las usuarias adoptar una posición activa frente a su condición de salud y prevención de complicaciones asociadas tanto para ellas como para el niño o niña gestante.
4. Manejo psicológico de posibles estados de ansiedad y depresión presentes en las usuarias con este padecimiento.
5. Reforzamiento de la Adherencia al tratamiento y a las recomendaciones del equipo interdisciplinario, para ello, es importante incorporar aspectos de reestructuración cognitiva, psicoeducación referida al suministro de información para el manejo, evolución de la enfermedad y entrenamiento en solución de problemas.

Actividades para desarrollar durante la atención psicológica: La intervención psicológica debe al menos contar con los siguientes elementos y actividades:

1. Entrevista psicológica inicial a cargo de un profesional en psicología.
2. Sesiones psicológicas basadas en objetivos psicoterapéuticos, con estrategia de intervención basadas en la evidencia y de preferencia de estilo breve que hayan demostrado su alta eficacia y no produzca efectos adversos según la literatura científica. Cuando sea necesario se pueden utilizar estrategias de intervención en crisis.
3. Cuando el profesional en psicología lo considere y justifique el uso de procedimientos psicológicas que no retrasen el tratamiento psicológico, podría hacer uso de instrumentos de medición psicológica donde se incluye la medición de ansiedad estado-rasgo, depresión, estilos de afrontamiento, medición del coeficiente intelectual, entre otras. Cuando se considere el uso de otros procedimientos conductuales como de autoregistro conductual también deben de reflejarse en las atenciones consignadas para las usuarias.
4. Los resultados de las estrategias de intervención y de los procedimientos realizados en psicología se incorporarán al EDUS y formarán parte de la información a consignarse en atención psicológica de las usuarias.
5. El seguimiento psicológico, se realizará acorde con las condiciones psicológicas de las usuarias, considerando su evolución y progreso, para ello se dará control en los servicios de psicología correspondientes, según la Oferta de Servicios de Psicología vigente en la institución.



6. Las modalidades de atención según criterio profesional, necesidades de las usuarias y planificación de los servicios de psicología en los centros de salud del nivel en que se desarrolle el tratamiento indicado pueden ser individual, pareja, familia y grupal.
7. Cuando el profesional tratante documente que ha implementado un plan de atención psicológica que data que la evolución y progresión de la condición de las usuarias requieran de atenciones complementarias por parte de profesionales de salud que no existan en el centro de salud, acorde con la red interniveles puede proceder con la referencia de las usuarias a un nivel superior. Lo cual se debe consignar en el EDUS.
8. Cuando los servicios de psicología sean brindados en el tercer nivel y el profesional tratante documente que ha completado la atención de tipo terciaria y sea requerido seguimiento en el primer o segundo nivel de atención este podrá realizar la respectiva solicitud de continuidad de la atención respectiva a través de los mecanismos institucionales vigentes.
9. Los escenarios para la atención psicológica son consulta externa, hospitalización, urgencias y/o emergencias.
10. El proceso de atención psicológica finaliza en el momento de cumplidos los objetivos psicoterapéuticos y/o en el momento en que se documente y confirme por parte del profesional en psicología tratante que la condición psicológica de la usuaria es estable. En cuyo caso se procederá a dar de alta y consignarlo en el EDUS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 43 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022

Módulo 6. Atención de las usuarias en los Servicios de Trabajo Social

Lugar: los III Niveles de Atención de la Red de Servicios.

Insumos: consultorio para la atención por parte de los profesionales en Trabajo Social con su respectivo equipamiento.

Personal que interviene: Profesionales en Trabajo Social de los III Niveles de Atención.

Indicaciones: Para orientar el abordaje de Trabajo Social se presentan las siguientes intervenciones sociales dirigidas a las mujeres embarazadas, las personas menores de edad neonatas y sus familias, conforme los aspectos éticos, técnico-operativos e instrumentales de la disciplina.

Líneas generales:

- Trabajo Social atiende a la mujer embarazada, a la persona menor de edad neonata y a la familia a partir de una referencia o interconsulta de un/a profesional en salud del mismo establecimiento, en consulta externa, hospitalización o emergencias.
- En caso de que la mujer embarazada, la persona menor de edad neonata y su familia reciban atención en un Servicio de Trabajo Social, pero por indicación médica se refiere a otro establecimiento de Salud, el seguimiento social lo asumirá el Servicio de Trabajo Social del Área de Salud u Hospital al que fue remitida, sea en consulta externa, hospitalización o emergencias.

A continuación, en la Tabla #7, se presentan las intervenciones sociales por parte de Trabajo Social dirigidas a las mujeres embarazadas con amenaza de parto o parto prematuro.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 44 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022

Tabla #7. Oferta de Servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención para el abordaje de mujeres embarazadas en situaciones de amenaza de parto o parto prematuro

Procedimiento de Trabajo Social	Descripción de la intervención de Trabajo Social
Atención y consulta sociales individual	<ol style="list-style-type: none"> 1. El/la profesional de Trabajo Social recibe referencia o interconsulta por parte de otros/as profesionales en salud del mismo establecimiento en salud, según los siguientes criterios de referencia: <ul style="list-style-type: none"> • Persona usuaria con estilo y modo de vida de riesgo. • Persona en presunta situación de violencia en sus distintas manifestaciones. • Persona sin redes de apoyo, débiles o desorganizadas. • Persona con relaciones familiares conflictivas. • Persona que presente dificultades para la adherencia al tratamiento o indicaciones del personal de salud. • Persona con implicaciones sociales y crisis familiares asociadas al diagnóstico en salud. • Persona con problemas socioeconómicos asociados a su situación de salud. 2. El/la profesional en Trabajo Social realiza la atención social o consulta social individual, ya sea de forma presencial o por medios alternativos con el consentimiento informado de la persona usuaria; de acuerdo con lo establecido en el Manual Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social. Modalidades: Individual, Familiar y Grupal M. IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217⁶³. 3. El/la profesional de Trabajo Social debe realizar la intervención social en un espacio físico que proporcione privacidad, calidez, y confidencialidad. 4. El/la profesional de Trabajo Social desarrollará las siguientes acciones según criterio profesional:



	<ul style="list-style-type: none">• Intervención en crisis de primer y segundo orden.• Identificación y abordaje de los factores de vulnerabilidad.• Identificación y fortalecimiento de los factores protectores.• Fortalecimiento de la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones brindadas por la/el médico tratante.• Estrategias de autocuidado orientadas al fortalecimiento de estilos de vida saludables que beneficien su condición de salud.• Fortalecimiento de los recursos internos y externos con los que cuenta, así como de las estrategias de afrontamiento.• Identificación y fortalecimiento de la red de apoyo.• Acompañar y fortalecer el proceso de reorganización ante el cambio de la dinámica familiar por el riesgo de parto o parto prematuro, y ante una posible hospitalización de la usuaria.• Abordaje socioeducativo en tema de derechos, importancia de la adherencia a las recomendaciones brindadas por los/as profesionales en salud tratantes, sobre el proceso de salud-enfermedad, cuidado personal y colectivo de la salud física y mental, entre otros.• Referencia a otros/as profesionales en salud, equipo interdisciplinario especializado (por ejemplo: EISAA), organizaciones o instituciones que ameriten, según necesidades de la persona usuaria.
<p>Atención social y consulta social familiar</p>	<p>1. El/la profesional en Trabajo Social brinda atención social o consulta social familiar, derivada de la atención o consulta social individual. Los siguientes son algunos criterios para derivar a la familia a esta modalidad de consulta o atención social:</p> <ul style="list-style-type: none">• Familia desorganizada ante los requerimientos de apoyo asociados al diagnóstico y tratamiento de la persona usuaria.



- Relaciones familiares conflictivas que inciden en el diagnóstico y tratamiento de la persona usuaria.
 - Familia en crisis asociada al diagnóstico de salud de la persona usuaria.
 - Intervención social con familia y/o pareja para reorganización por situación de salud.
2. El/la profesional en Trabajo Social realiza la atención social o consulta social familiar, ya sea de forma presencial o por medios alternativos, con el consentimiento informado de la persona usuaria y de acuerdo con lo establecido en el Manual Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social. Modalidades: Individual, Familiar y Grupal M. IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.12121763.
3. El/la profesional en Trabajo Social debe considerar las siguientes acciones como parte de la intervención social con la familia:
- Intervención en crisis a la familia ante el diagnóstico de salud y cambios en la dinámica familiar
 - Valoración y orientación a la familia respecto a la información con que cuentan sobre el diagnóstico en salud de la persona usuaria
 - Identificación y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento de la familia.
 - Fomento del desarrollo de estrategias de cuidado colectivo de la salud física y mental.
 - Facilitar de la organización familiar y red de apoyo para asumir tareas cotidianas de la usuaria, en caso de que tenga alguna indicación médica que implique no continuar con su realización.

Este Protocolo de Atención Clínica incluye el abordaje del parto prematuro, por lo que esta oferta de servicios también está dirigida al abordaje de la persona menor de edad neonata.

Para la intervención social de esta población, se debe partir de los principios básicos reconocidos en la Ley 7184 Convención de los Derechos del niño⁶¹ dentro de ellos: el de universalidad, integralidad de los derechos, interés superior, no discriminación, igualdad de derechos y oportunidades, entre otros.

Así mismo, el artículo 12° “Derecho a la Vida” del Código de la Niñez y la Adolescencia expone lo siguiente:



“La persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación, el nacimiento y el desarrollo integral”⁶².

En esa línea, Trabajo Social del seguro de salud de la CCSS debe desarrollar un abordaje y acompañamiento profesional que contemple a las personas menores de edad neonatas, sus progenitores y familias, en procura de favorecer las condiciones básicas para su desarrollo integral como parte de la protección de sus derechos fundamentales.

A continuación, en la Tabla#8, se establecen las acciones profesionales para el abordaje de las situaciones sociales de las personas menores de edad neonatas, sus progenitores y familia:

Tabla #8. Oferta de Servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención para el abordaje de personas menores de edad neonatas



Procedimiento de Trabajo Social	Descripción de la intervención de Trabajo Social
Atención social y consulta social familiar	<p>1. Se atenderán con criterios de prioridad y oportunidad las interconsultas y referencias que ingresen a Trabajo Social emitidas por profesionales en salud del mismo establecimiento en salud, de las personas menores de edad neonatas. Los criterios de referencia son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Persona menor de edad en riesgo social.• Familia en crisis asociada al diagnóstico de salud de la persona usuaria.• Familia desorganizada ante los requerimientos de apoyo asociados al diagnóstico y tratamiento de la persona usuaria.• Persona menor de edad en vulnerabilidad social para definición de egreso hospitalario.• Persona menor de edad con diagnóstico y tratamientos de salud complejos. <p>2. El/la profesional en Trabajo Social realiza la atención social o consulta social familiar, ya sea de forma presencial o por medios alternativos con el consentimiento informado de los progenitores de la PME; de acuerdo con lo establecido en el Manual Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social. Modalidades: Individual, Familiar y Grupal M. IT.GM.DDSS.ARSDT.CNTS.121217⁶³.</p> <p>3. En caso de identificar durante la valoración social, una sospecha razonable de exposición a maltrato o abuso, que requiera solicitud de medidas de protección, se procederá de acuerdo a la Instrucción de Trabajo Atención social de personas menores de edad (PME), en los servicios de hospitalización y urgencias de los hospitales de II y III nivel, que requieren proceso especial de protección en Sede Administrativa del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), para su egreso T.GM.DDSS.ARSDT.TS.001-2015.</p> <p>4. La intervención social debe quedar consignada en el expediente de salud de la persona menor de edad.</p>



5. El/la profesional de Trabajo Social debe realizar la intervención social en un espacio físico que proporcione privacidad, calidez, y confidencialidad.

6. El/la profesional de Trabajo Social desarrollará las siguientes acciones según criterio profesional:

- Intervención en crisis a la familia ante el diagnóstico de salud y cambios en la dinámica familiar.
- Identificación y abordaje de los factores de vulnerabilidad.
- Identificación y fortalecimiento de los factores protectores.
- Valoración y orientación a la familia respecto a la información con que cuenta sobre el diagnóstico en salud de la persona menor de edad y el proceso de salud enfermedad.
- Identificación y fortalecimiento de la red de apoyo para la reorganización de la dinámica y los roles para el cuidado de la persona menor de edad.
- Fortalecimiento de la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones brindadas por la/el médico tratante, que favorezcan el proceso de atención en salud integral de la persona menor de edad.
- Estrategias orientadas al fortalecimiento del cuidado propio y colectivo de la salud física y mental.
- Fortalecimiento de los recursos internos y externos de los progenitores, familia y red de apoyo, así como de las estrategias de afrontamiento.
- Según el requerimiento de la familia, facilitar apoyo para la reorganización de roles y tareas familiares (por ejemplo: visitas a la persona menor de edad neonata hospitalizada, cuidado de otras personas menores de edad o de personas con alguna situación de dependencia a cargo).
- Apoyo emocional a la madre, padre y familia, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la persona menor de edad neonata hospitalizada.



- Valoración y fortalecimiento de las habilidades parentales y de la familia, ante el eventual cuidado de la persona menor de edad neonata que requiera de cuidados especiales al egreso hospitalario.

7. El/la profesional en Trabajo Social participará en sesiones de equipo técnico interdisciplinario para el abordaje integral de la persona menor de edad neonata, en los casos que por criterio profesional así lo ameriten.

8. Se realizará visita domiciliar en las situaciones que por criterio profesional así lo ameriten.



Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos

Los principios Bioéticos y los Derechos Humanos son inherentes a los procesos de atención en salud. Su reconocimiento es base primordial para garantizar la Dignidad de las personas que son atendidas en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En esa línea, la atención de las usuarias con amenaza de parto y parto prematuro debe ser accesible, oportuna, continua, segura, con pertinencia cultural e inclusiva, para ello esta atención se debe desarrollar de acuerdo con los principios bioéticos básicos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, así como los principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de los cuales se destacan principalmente:

- Dignidad y derechos humanos
- Autonomía y responsabilidad individual
- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal
- Privacidad y confidencialidad
- No discriminación y no estigmatización
- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo
- Igualdad, justicia y equidad

Así las cosas, a continuación, se indica como estos principios han sido incorporados en este Protocolo de Atención Clínica:

Autonomía:

Este principio promueve la participación de la persona usuaria en el proceso de atención e incluye actividades de educación para éstas y sus familias, en relación con la atención de las usuarias con amenaza de parto y parto prematuro.

Por ello, durante el proceso de atención propuesto, se desarrollarán actividades educativas grupales o individuales dirigidas a las personas usuarias y sus familiares sobre el manejo de medicamentos, signos de alarma, cuidados en el hogar y prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad, así como aspectos sociales. Esta educación será integral, por lo que, incluirá aspectos biológicos y psicológicos.

Así mismo, se consideran las características propias de quienes están involucrados: personas menores de edad, personas con discapacidad, población indígena, personas en condiciones de vulnerabilidad económica, política y social, entre otros; se respetan derechos como la intimidad, la confidencialidad y el derecho a la vida.

El Protocolo rescata la importancia de brindar información a las usuarias, lo que incluye: menores de edad, con discapacidad y en general personas consideradas en vulnerabilidad, lo que les permita expresar su voluntad para efectos del consentimiento informado, teniendo como ejes rectores los principios de autonomía y de promoción de la competencia, el concepto de interés superior de la persona y su dignidad, todo ello con apego a lo establecido en la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad Ley N° 9379.



En todo caso se debe establecer una estrecha comunicación e información con la persona usuaria y su familia. Sin embargo, como parte de la materialización el principio de autonomía de este Protocolo establece la necesidad de realizar el proceso de consentimiento o asentimiento informado en situaciones específicas; entendiéndose que la decisión de la usuaria será autónoma si cumple tres requisitos:

- a) Que vaya precedida de una información objetiva de la situación médica, del procedimiento propuesto, de las alternativas si las hubiera y de las consecuencias que pudieran derivarse de la decisión adoptada.
- b) Que sea una decisión tomada voluntaria y libremente, en ausencia de todo tipo de coacción física o psíquica y de manipulación.
- c) Que la persona usuaria tenga capacidad cognitiva y volitiva para tomar la decisión.

Para lo cual los profesionales informarán a la usuaria sobre todo lo relacionado con los procedimientos que se le pueden realizar (por ejemplo: cerclaje amniocentesis para perfil infeccioso y madurez pulmonar) de acuerdo con su caso particular, incluyendo lo establecido en el Reglamento de Consentimiento informado en la Práctica Asistencial de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Finalmente, en procura del respeto de este principio:

Se divulgará entre las personas usuarias que acudan a los servicios relacionados con el proceso de la atención en usuarias con amenaza de parto y parto prematuro, los derechos y deberes que les asisten y los mecanismos administrativos de reclamación de estos derechos.

Se solicitará la asesoría del Comité de Bioética Clínica (CBC) del centro en caso de producirse un posible conflicto entre seguir las recomendaciones del profesional de la salud versus los deseos de la persona usuaria.

Se realizará por parte de las jefaturas de servicio de Ginecología y Obstetricia un recordatorio a los funcionarios del servicio, sobre la prohibición de compartir información y datos sensibles con terceras personas no relacionadas con la atención de la persona usuaria, así como de capturar imágenes, fotografías o videos sin el consentimiento previo de la persona usuaria, los cuales solo se podrán realizar con fines de atención clínica, académicos, de investigación biomédica o judiciales.

Beneficencia y no maleficencia:

Entre los aspectos establecidos en el presente Protocolo que concierne a los principios de beneficencia y de no maleficencia, se destacan los siguientes, mismos que pretenden reducir al máximo la variabilidad de la prestación de los servicios de salud:

- Mejorar la calidad de la atención en salud.
- Establecer los procedimientos clínicos a realizar con base en la mejor evidencia científica disponible.
- Identificar beneficios y daños potenciales de los procedimientos clínicos (balance beneficio/riesgo).
- Adaptarse a las costumbres socioculturales y condiciones de vulnerabilidad de grupos poblacionales específicos.
- Establecer procesos de evaluación y crítica sobre resultados del PAC.



Acorde con este principio, cada una de las intervenciones indicadas se respaldan en la mejor evidencia científica disponible.

Para lograr lo anterior, la jefatura del servicio de Ginecología y Obstetricia, Consulta Externa y del Servicios de Emergencias divulgarán este Protocolo de acuerdo con la estrategia establecida por el grupo elaborador, con especial interés en los mecanismos de control para su implementación, la necesidad de informar sobre las distintas intervenciones y la debida atención de las complicaciones que pudieran derivarse del proceso establecido; de tal forma que se oriente, estandarice y resuelvan problemas de variabilidad y disminuyan los riesgos. Esto con el propósito de brindar una atención con calidad de la amenaza de parto y parto prematuro, que se traduzca en una mejor calidad de vida de las personas usuarias.

Respecto al abordaje de los riesgos de los principales procedimientos establecidos, en la Tabla # 9 se presenta los mecanismos de prevención y manejo.

Tabla # 9. Abordaje de los riesgos de los principales procedimientos

Nombre del procedimiento	Riesgos	Mecanismos de prevención de riesgos
US pélvico y/o endovaginal	Perforación, sangrado	<ul style="list-style-type: none">• Ejecución del procedimiento por parte de un experto• Utilización del instrumento de cirugía segura• Verificación de idoneidad de la usuaria para el procedimiento
Especuloscopía	Dolor o molestias	<ul style="list-style-type: none">• Ejecución del procedimiento por parte de un experto• Utilización del instrumento de cirugía segura• Verificación de idoneidad de la usuaria para el procedimiento
Accesos venosos (suero, medicación)	Perforación, sangrado	<ul style="list-style-type: none">• Ejecución del procedimiento por parte de un experto• Utilización del instrumento de cirugía segura• Verificación de idoneidad de la usuaria para el procedimiento

Fuente: Elaboración propia

Por su parte, en relación con las consideraciones a las costumbres socioculturales y condiciones de vulnerabilidad de poblacionales específicos este Protocolo hace referencia en la necesidad de ser respetuoso de ellas, en la medida de lo posible. Con la intención de mejorar de manera continua y validar la percepción de las personas usuarias, estas en cualquier momento, podrán dirigir recomendaciones, críticas o propuestas de actualización, al correo electrónico corraip@ccss.sa.cr.



Finalmente, en aras del resguardo de estos principios, según el contexto clínico, el profesional a cargo gozará de “libertad de acción”, de forma tal que podrá, de manera justificada, realizar otras medidas o intervenciones que no se contemplen en el Protocolo. Sin embargo, deberá comunicarlas oportunamente a la jefatura inmediata y al responsable del seguimiento del Protocolo, para que analice la pertinencia de actualizar el documento.

Justicia:

Con la aplicación de este principio bioético se pretende contribuir a la toma de decisiones al asignar recursos, incorporar consideraciones de equidad y reconocer poblaciones vulnerables.

En el caso de los centros que no poseen los recursos necesarios para efectuar los procedimientos clínicos establecidos, los profesionales tratantes deberán referir a las usuarias a los centros con el nivel de resolutivez pertinente. Lo que además distribuye de manera equitativa las cargas de la atención; se prevé la asignación de recursos según las cargas de trabajo establecidas.

En procura de este principio, se valoran y consideran las condiciones que podrían limitar o dificultar el acceso a una atención de usuarias con amenaza de parto y parto prematuro (condiciones de vida, aspectos organizativos del servicio de salud u otros). También se hacen las consideraciones pertinentes para la población indígena de mediano y difícil acceso geográfico y cultural.

En el caso de descompensación de la usuaria o efecto secundario derivado de procedimientos clínicos, el servicio de Ginecología y Obstetricia o Unidad de Emergencias Gineco-Obstétricas del Servicios de Emergencias deberá asegurar que se le brinde a la usuaria la atención requerida. La priorización de la usuaria, la realiza el profesional en medicina, de acuerdo con la condición, signos y síntomas de manera que dicha priorización sea equitativa y justa, brindado la atención o satisfacción de necesidades por medio de las intervenciones establecidas en este PAC.

Contacto para consultas

- Dr. José Miguel Angulo Castro, médico jefe, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica, joanguloc@ccss.sa.cr, Tel: 25390193
- Dr. Esteban Castillo Quesada, médico gineco-obstetra y perinatólogo. Médico asistente especialista Hospital Calderon Guardia, consulta@ginecobstetricia.com, teléfono 2208-8303.
- Dra. Karla Araya Vargas, médico gineco-obstetra. Médico asistente especialista Hospital México, karayav@ccss.sa.cr, teléfono 2242-6728.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 55 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022

Anexos

Anexo #1: Oficio de Aval recibido por Gerencia Médica



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Gerencia Médica
 Teléfono: Directo 2539-0921 - 25390000 ext. 7600 / 8253
 Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

GM-0964-2024
 24 de enero de 2024

Señores (as)
 Directores de Sede
 Directores (a) de Redes Integradas Prestación de Servicios de Salud
 Directores (as) Generales de Hospitales Nacionales y Especializados
 Directores (as) Generales de Hospitales Regionales y Periféricos
 Dirección (as) Médicos de Área de Salud
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

ASUNTO: AVAL PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO

Estimado(a) doctor(a):

Reciban un cordial saludo. En seguimiento al asunto mencionado en el epígrafe, este Despacho remite el PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO Código PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022 Versión: 01. Lo anterior para para su conocimiento, cumplimiento y puesta en práctica.

El proceso de diseño implicó la revisión de la evidencia científica en cada tema, la consulta a expertos y la validación por parte de las personas funcionarias de la institución responsables.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

WILBURG ALONSO DIAZ CRUZ (FIRMA)
 Firmado digitalmente por WILBURG ALONSO DIAZ CRUZ (FIRMA)
 Fecha: 2024.01.24 08:28:21 -06'00'
 Dr. Wilburg Díaz Cruz
Gerente a.i.

WDC/AJNR/Rosamelia
 Estudio y redacción: Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez, Revisión Técnica: Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez

Anexo: PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO Código PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022 Versión: 01
 C: Archivo

Referencia: 2901-32141-22



Anexo #2. Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación de la aplicación del presente protocolo se realizará al año, después de haber iniciado su implementación. Se realizará por medio de una serie de indicadores, para lo cual se utilizarán las fuentes de información disponibles institucionalmente. A continuación, se detallan los indicadores sugeridos para medir la aplicabilidad de este documento:

Indicador #1	
Nombre del indicador	Cantidad de funcionarios capacitados en el Protocolo de Atención Clínica por Unidad de Salud
Definición	Este indicador permite conocer la cantidad de funcionarios en una unidad de salud capacitados en el PAC, así como aquellos que no estén capacitados
Objetivo	Contar con funcionarios capacitados de salud en el PAC
Fórmula de cálculo (relación operacional)	No de funcionarios de salud capacitados en el PAC/ No total de funcionarios de la unidad x 100
Fuente de datos	Listas de asistencia
Periodicidad	Anual
Interpretación	Cantidad de funcionarios capacitados
Estándar (nivel de referencia)	Establecer línea base
Responsable de generar el indicador	Programa de Normalización de Atención a la Mujer
Ámbito de aplicación	Red de Servicios de Salud

Indicador #2	
Nombre del indicador	Porcentaje de usuarias con diagnóstico de APP y PP en I, II y III Nivel de atención
Definición	Permite conocer la cantidad de usuarias con de APP y PP, por Nivel de Atención
Objetivo	Poseer un diagnóstico de situación de salud por patología
Fórmula de cálculo (relación operacional)	No de usuarias con diagnóstico de APP y PP por Nivel de Atención / No total de usuarias embarazadas x 100
Fuente de datos	EDUS
Periodicidad	Semestral
Interpretación	Cantidad de usuarias embarazadas con diagnóstico de APP y PP
Estándar (nivel de referencia)	Establecer una línea base
Responsable de generar el indicador	Dirección Médica/ DRIPSS
Ámbito de aplicación	Red de Servicios de Salud



Indicador #3	
Nombre del indicador	Determinar la incidencia de las complicaciones maternas asociadas a APP y PP
Definición	Permite conocer el tipo y cantidad de complicaciones asociadas a APP y PP en nuestra población
Objetivo	Calcular incidencia complicaciones maternas asociadas a la APP y PP
Fórmula de cálculo (relación operacional)	No de usuarias con el diagnóstico de una complicación asociada a la APP y PP por Nivel de Atención/ No total de usuarias embarazadas x 100
Fuente de datos	EDUS
Periodicidad	Semestral
Interpretación	Cantidad de usuarias embarazadas con diagnóstico de una complicación asociada a APP y PP
Estándar (nivel de referencia)	Establecer una línea base
Responsable de generar el indicador	Dirección Médica/ DRIPSS
Ámbito de aplicación	Red de Servicios de Salud

Indicador #5	
Nombre del indicador	Determinar la incidencia de las complicaciones fetales asociadas a APP y PP
Definición	Permite conocer el tipo y cantidad de complicaciones fetales asociadas a la APP y PP en nuestra población
Objetivo	Poseer un diagnóstico de situación de salud por patología
Fórmula de cálculo (relación operacional)	No de usuarias con el diagnóstico de una complicación fetal asociada a APP y PP por Nivel de Atención Atención / No total de usuarias embarazadas x 100
Fuente de datos	EDUS
Periodicidad	Semestral
Interpretación	Cantidad de usuarias embarazadas con diagnóstico de complicación fetal asociada a APP y PP
Estándar (nivel de referencia)	Establecer una línea base
Responsable de generar el indicador	Dirección Médica/ DRIPSS
Ámbito de aplicación	Red de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia

Anexo #3. Incompetencia Ístmico Cervical

Se refiere a la dilatación cervical no dolorosa con partos recurrentes en el segundo trimestre por debilidad estructural del tejido cervical. Sin embargo, actualmente existen factores de riesgo⁴ que permite el diagnóstico en primíparas o múltiparas como son:

Adquiridas:

- Dilatación y curetaje
- Aborto inducido
- Dos o más procedimientos cervicales como excisión electroquirúrgica cervical, cono cervical con bisturí en frío
- Laceración cervical

Congénitas:

- Exposición de diestilbestrol
- Trastornos vasculares de colágeno
- Anormalidades mullerianas

En la consulta prenatal las usuarias serán valoradas con el objetivo de determinar si existe criterio de cerclaje⁴. A continuación, se describe las indicaciones de cerclaje en la Tabla #10.

Tabla # 10. Indicaciones para cerclaje

Diagnóstico de IIC	Indicación de cerclaje	Edad gestacional de colocación cerclaje
Historia	Pérdida en el 2do trimestre o 3 o más partos prematuros <34, o cerclaje en el embarazo anterior	12-14
Por ultrasonido	LC <25 mm y parto pretérmino previo	Ver flujograma 1
Examen físico	Dilatación cervical manual o por espéculo	16-23

Fuente: Anju Suhag et al. (2014) Cervical Cerclage, (pp 557-67) ⁴

Manejo clínico de la Incompetencia Ístmico Cervical ⁶⁴



Según la indicación de las recomendaciones clínicas para cerclaje más adelante en este texto, se especifican la opción del cerclaje según antecedentes, indicación por ultrasonido o examen clínico según el caso en la Tabla # 11.

Tabla #11. Manejo de cerclaje según sea el escenario clínico

	Cerclaje indicado por antecedentes	Cerclaje indicado por US	Cerclaje indicado por examen físico
Preoperatorio: Ultrasonido fetal Amniocentesis Antibiótico perioperatorio Indometacina perioperatoria	Sí No No No	Sí No No Considerar	Sí Considerar No Considerar
Intraoperatorio: Anestesia Sutura Aguja Altura del cerclaje Número de puntadas Manejo de prolapso de membranas	Espinal Preferencia del cirujano Preferencia del cirujano Colocar sutura lo más alto posible 1 No amerita	Espinal Preferencia del cirujano Preferencia del cirujano Colocar sutura lo más alto posible 1 No amerita	Espinal Preferencia del cirujano Preferencia del cirujano Colocar sutura lo más alto posible 1 Preferencia del cirujano
Posoperatorio: Ambulatorio Restricción de actividad Repetir cerclaje si es necesario	Sí No No	Sí No No	Sí Individualizar No*

Fuente: FIGO. (2015). Best practice in maternal–fetal medicine. 128(1), (pp 80-82)⁶⁴.

*Considerar solamente si el cerclaje inicial no fue colocado apropiadamente.

Nota importante:

Según la evidencia actual antes de considerar un cerclaje de emergencia debe de evaluarse una amniocentesis para descartar una infección intraamniótica ya sea clínica o subclínica.

El tipo de cerclaje más común es el McDonald ya que es el más fácil de colocar.

El tipo de suturas más usados son Mersilne, Prolene y seda que son suturas no absorbibles.

Las contraindicaciones para colocación de cerclaje son:

- Anomalía fetal letal



- Labor de parto activa
- Ruptura prematura de membranas
- Sangrado vaginal activo
- Muerte fetal intrauterina
- Corioamnioitis

Recomendaciones preoperatorias:


- En todos los tipos de cerclaje debe de realizarse un ultrasonido fetal.
- No se recomiendan uso rutinario antibióticos profilácticos.
- El uso de antiinflamatorios perioperatorios puede ser considerado cuando se realiza un cerclaje, y esta sea indicado por indicación de hallazgos ultrasonográficos o examen físico.
- Realizar controles obstétricos según edad gestacional y Protocolo Clínico de Atención integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social.

Recomendaciones Intraoperatorias:

- La analgesia ideal es el bloqueo espinal.
- El tipo de suturas depende del cirujano según lo mencionado anteriormente.
- Altura del cerclaje, es clave para efectividad de este, lo más alto posible del cuello.

Recomendaciones Post operatorias

- Control de FCF al regreso a salón de maternidad, según Protocolo Clínico de Atención integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Valorar presencia y características de contracciones uterinas.
- Valorar por signos de alarma (STV e hidrorrea)
- Brindar orientación sobre autocontrol de movimiento fetales (según EG)
- Toma de signos vitales
- Realizar US obstétrico antes del egreso

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 61 de 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	PARA EL MANEJO DE LA USUARIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO	CÓDIGO: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNM.261022

Referencias

- ¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2021). Manual metodológico para la construcción de un protocolo de atención clínica en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Versión 02. San José- Costa Rica.
- ² Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*, 345(6198), 760-765.
- ³ Gosnell S. (2010) Preterm Birth. *American Family Medicine*.
- ⁴ Anju Suhag, MD, and Vincenzo Berghella, MD. (2014) Cervical Cerclage. *Clinical Obstetrics and gynecology*; 57(3):557-67.
- ⁵ Cazón, D. C. (2015). Trabajo de investigación N° 0184 Prevalencia de fetos PEG/CIR y resultados perinatales en HPMI de la provincia de Salta del año 2014.
- ⁶ Chang, E. (2015). Preterm birth and the role of neuroprotection. *Bmj*, 350.
- ⁷ Asamblea Legislativa de Costa Rica (1974) Ley General de Salud de Costa Rica. No 5395. San José Costa Rica.
- ⁸ Caja Costarricense de Seguro Social (1997) Normas de Atención Integral de Salud. Primer Nivel de Atención. San José Costa Rica.
- ⁹ Ministerio de Salud de Costa Rica (2008) Norma oficial atención integral a la mujer durante el embarazo de bajo Riesgo Obstétrico. Costa Rica.
- ¹⁰ Caja Costarricense de Seguro Social (2009) Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo perinatal, parto y postparto. San José Costa Rica.
- ¹¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2012) Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social. CENDEISS- Costa Rica.
- ¹² Caja Costarricense de Seguro Social (2017) Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José- Costa Rica.
- ¹³ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de Obstetricia con base en el modelo de atención calificada en el embarazo, parto y postparto. Gerencia Médica- Gerencia de Infraestructura y tecnologías
- ¹⁴ Poder Ejecutivo de Costa Rica (2022) Ley 10081 Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, postparto y atención del recién nacido. Costa Rica
- ¹⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud, Código PAC.GM.DDSS. AAIP.260121, V1. San José- Costa Rica.



¹⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Manual Teórico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud Código MT.GM.DDSS. AAIP.260121, V1. San José- Costa Rica.

¹⁷ Caja Costarricense de Seguro Social (2023) Protocolo Clínico de Atención Integral a Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNSM.170523 Versión 01

¹⁸ Caja Costarricense de Seguro Social (2023) Lineamiento técnico para la implementación del Plan de Parto en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social CÓDIGO: LT.GM.DDSS. AAIP.31052023

¹⁹ Caja Costarricense de Seguro Social (2024) Lineamiento para proteger y garantizar los derechos de la mujer, la familia gestante y del recién nacido mediante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP-PSM-12102023

²⁰ Mark Landon et al. (2021). Gabbe's Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 8th Edition. Saunders: Elsevier Health Sciences.

²¹ ACOG- Practice Bulletin. (2012) Prediction and Prevention of Preterm Birth. Vol. 120, NO. 4.

²² Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Protocolo de Atención Clínica Implementación y Normalización de la Atención Preconcepcional, Código PAC.GM.DDSS-AAIP-PNM-240820, Versión 01.

²³ Poder Ejecutivo (2002) Normas para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas. San José- Costa Rica.

²⁴ Khalifeh, A., & Berghella, V. (2016). Universal cervical length screening in singleton gestations without a previous preterm birth: ten reasons why it should be implemented. American journal of obstetrics and gynecology, 214(5), 603-e5.

²⁵ Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee. (2012). Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. American journal of obstetrics and gynecology, 206(5), 376-386.

²⁶ Suhag, A., & Berghella, V. (2015). Short cervical length dilemma. Obstetrics and Gynecology Clinics, 42(2), 241-254.

²⁷ Lams, J. D., Goldenberg, R. L., Meis, P. J., Mercer, B. M., Moawad, A., Das, A., ... & National Institute of Child Health Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. (1996). The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. New England Journal of Medicine, 334(9), 567-573.

²⁸ Khalifeh, A., & Berghella, V. (2016). Universal cervical length screening in singleton gestations without a previous preterm birth: ten reasons why it should be implemented. American journal of obstetrics and gynecology, 214(5), 603-e5.

²⁹ Boelig, R. C., Della Corte, L., Ashoush, S., McKenna, D., Saccone, G., Rajaram, S., & Berghella, V. (2019). Oral progesterone for the prevention of recurrent preterm birth: systematic review and metaanalysis. American journal of obstetrics & gynecology MFM, 1(1), 50-62.

³⁰ ACOG- Practice Bulletin. (2012) Prediction and Prevention of Preterm Birth, 130(4):964-73.

³¹ SMFM Clinical Guideline (2012-2016). Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. American Journal of Obstetrics & Gynecology.



³² Newnham, J. P., White, S. W., Meharry, S., Lee, H. S., Pedretti, M. K., Arrese, C. A., ... & Doherty, D. A. (2017). Reducing preterm birth by a statewide multifaceted program: an implementation study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(5), 434-442.

³³ Romero, R., Nicolaides, K. H., Conde-Agudelo, A., O'brien, J. M., Cetingoz, E., Da Fonseca, E., ... & Hassan, S. S. (2016). Vaginal progesterone decreases preterm births \leq 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 48(3), 308-317.

³⁴ Practice, F. W. G. O. B., Medicine, I. M. F., & of Gynecology, I. F. (2015). Best practice in maternal-fetal medicine. *International journal of gynecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 128(1), 80-82.

³⁵ Fonseca, E. B., Celik, E., Parra, M., Singh, M., & Nicolaides, K. H. (2007). Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *New England Journal of Medicine*, 357(5), 462-469.

³⁶ Tsoi, E., Akmal, S., Geerts, L., Jeffery, B., & Nicolaides, K. H. (2006). Sonographic measurement of cervical length and fetal fibronectin testing in threatened preterm labor. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27(4), 368-372.

³⁷ Jeffrey L. Ecker. (2017). Obstetric Care consensus: Perivable Birth. ACOG, 130, Number 6 e187-e189.

³⁸ Poder Ejecutivo de Costa Rica (2019) Norma Nacional para la atención de mujeres con pérdidas gestacionales tempranas. San José- Costa Rica

³⁹ Verani, JR, McGee, L. y Schrag, SJ (2010). Prevención de la enfermedad estreptocócica del grupo B perinatal: directrices revisadas de los CDC, 2010.

⁴⁰ CCSS (2015) Lineamiento técnico Tamizaje en mujeres gestantes para Estreptococo del grupo B (EGB). Gerencia Médica. Dirección Desarrollo Servicios de Salud.

⁴¹ Yasser Y. El-Sayed, MD et al. (2018). Committee Opinion: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. ACOG, 130 e102- e109, Number 713.

⁴² Dwight J. Rouse, M.D et al. (2008). A Randomized, Controlled Trial of Magnesium Sulfate for the Prevention of Cerebral Palsy. *The New England Journal of Medicine*, 359, 895-905

⁴³ McKinlay, C. J., Crowther, C. A., Middleton, P., & Harding, J. E. (2012). Repeat antenatal glucocorticoids for women at risk of preterm birth: a Cochrane Systematic Review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 206(3), 187-194.

⁴⁴ Rouse, D. J., Hirtz, D. G., Thom, E., Varner, M. W., Spong, C. Y., Mercer, B. M., ... & Roberts, J. M. (2008). A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. *New England Journal of Medicine*, 359(9), 895-905.

⁴⁵ Locatelli, A., Consonni, S., & Ghidini, A. (2015). Preterm labor: approach to decreasing complications of prematurity. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 42(2), 255-274.

⁴⁶ American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice bulletin No. 171: management of preterm labor. *Obstetrics and gynecology*, 128(4), e155-e164.



⁴⁷ Salim, R., Garmi, G., Nachum, Z., Zafran, N., Baram, S., & Shalev, E. (2012). Nifedipine compared with atosiban for treating preterm labor: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1323-1331.

⁴⁸ Van Vliet, E. O., Nijman, T. A., Schuit, E., Heida, K. Y., Opmeer, B. C., Kok, M., ... & Oudijk, M. A. (2016). Nifedipine versus atosiban for threatened preterm birth (APOSTEL III): a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10033), 2117-2124.

⁴⁹ Nassar AH, Abu-Musa AA, Awwad J, et al. Two dose regimens of nifedipine for management of preterm labor: a randomized controlled trial. *Am J Perinatol* 2009;26:575–81

⁵⁰ Dylan van de Vusse, Paola Mian, Sam Schoenmakers, Robert B. Flint, Willy Visser, Karel Allegaert, Jorie Versmissen. Pharmacokinetics of the most commonly used antihypertensive drugs throughout pregnancy methyldopa, labetalol, and nifedipine: a systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology* (2022) 78:1763–1776

⁵¹ American College of Obstetricians and Gynecologists (2020) Committee Opinion No. 797. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. 135:2

⁵² Reddy UM, Zhang J, Sun L, et al (2012) Neonatal mortality by attempted route of delivery in early preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*; 207:117. e1–8.

⁵³ Caja Costarricense de Seguro Social (2018) Manual de Procedimientos de Cuidados del Recién Nacido Centrados en el Desarrollo y la familia. Programa de Normalización de Atención al Niño(a)- Área de Atención Integral a las Personas. San José- Costa Rica.

⁵⁴ Caja Costarricense de Seguro Social (2017) Lineamiento contenido estándar para las anotaciones de psicología en expediente único en salud EDUS -CCSS. GM- MDD-32335-2017

⁵⁵ Caja Costarricense de Seguro Social (2020) Manual de procedimientos para la aplicación de la Tele psicología en la Caja Costarricense de Seguro Social. (MP-GM-DDSS-ARSDT-PSI-11112020)

⁵⁶ Caja Costarricense de Seguro Social (2018) Oferta de Servicios de Psicología en los tres niveles de atención (GM-MDD-3970-2018)

⁵⁷ Caja Costarricense de Seguro Social (2002) Manual de Instrucciones de Trabajo de atención intrahospitalaria en Psicología de la CCSS. (MIT.GM.DDSS.ARS.DT.PSI.002)

⁵⁸ Caja Costarricense de Seguro Social (2003) Manual de instrucciones de trabajo de atención psicológica de personas usuarias que acuden al Servicio de Urgencias Código MIT.GM. DDSS-ARSDT- PSI. 003 Versión: 00

⁵⁹ Caja Costarricense de Seguro Social (2013) Lineamiento sobre el uso de la agenda oficial para concertar citas en los servicios de Psicología de la CCSS Código L.GM. DDSS-ARSDT- CNPPSI. #001-2013

⁶⁰ Caja Costarricense de Seguro Social (2011) Circular de Tiempos de consulta en la atención psicológica GM-18828-2,2011.

⁶¹ Ley 7184 Convención sobre los Derechos del Niño. Diario Oficial La Gaceta 149, 09 de agosto de 1990.http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6606&nValor3=7032&strTipM=TCLey N 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia. Diario Oficial La Gaceta 26,06 de febrero de 1998. http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC¶m2=1&nValor1=1&nValor2=43077&strTipM=TC &resultado=4&strSelect=sel



⁶² Asamblea Legislativa (1998) LEY 7739. Código de Niñez y adolescencia. Costa Rica

⁶³ Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Manual M. IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217 “Manual Instrucciones de trabajo para el procedimiento de atención social y consulta social. Modalidades: individual, familiar y grupal”.

⁶⁴ FIGO Working Group on Best Practice in Maternal–Fetal Medicine. (2015). Best practice in maternal–fetal medicine. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 128(1), 80-82.